

(様式第 1 号)

養育医療（新規・継続）給付申請書

佐々町長様

受給者番号	—	—	申請区分	
-------	---	---	------	--

「養育医療意見書」及び関係書類を添えて、下記のとおり養育医療の給付を申請します。

記

[申請者記入欄]

本人	フリガナ		性別	生年月日	年	月	日	
	氏名		1 男 2 女					
	住所	〒 —						
扶養義務者（保護者）	フリガナ		生年月日	年	月	日	職業	
	氏名						続柄	父・母・その他（ ）
	申請日	年 月 日		電話番号	（ ） —			
	住所	〒 —						
保険	保険種別	1 社保 2 国保 3 生保 4 その他						
	被保険者証の記号及び番号							
	保険者名				保険者番号			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地								

※継続申請の場合は、医療券を添えてください。

※[申請者記入欄] 以外は記入しないでください。

(町受付印)

[町記入欄]

認定区分	1 認定 2 保留 3 連絡待ち		
所得税額	円		
階層区分コード		加算（無・有）	
特記事項			

--