

養育医療給付申請書



年 月 日

稲美町長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名

年 月 日生  
本人との続柄

本人(受療者)	ふりがな 氏 名	男・女 年 月 日生
	個人番号	
	住 所	
	現 在 地	
保護者	ふりがな 氏 名	本人との続柄 電話( ) ー
	個人番号	
	住 所 地	
被保険者証等	記号	保険者等の名称
	番号	
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <input type="checkbox"/> 本人現在地に同じ		
備 考		

注 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 養育医療意見書
- (2) 世帯調書
- (3) その他町長が必要と認める書類