

養育医療給付申請書

年 月 日

碧南市長 殿

申請者 住所 碧南市 町 丁目 番地
(保護者)

氏名 ⑩

(受給者との続柄)
電話 () -

下記のとおり、養育医療の給付を申請します。

受給者 (子)	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	碧南市									
	生年月日	令和	年	月	日生	男・女					
加 入 医 療 保 険	保険者番号										
	保険種別	国保・国組・ 健保・共済・生保 全国健康保険協会 支部									
	記号番号	記号						番号			
指定養育 医療機関	所 在 地										
	名 称										
処方せん交付を希望する 場合の指定薬局名											
診 療 予 定 期 間		年 月 日から 年 月 日まで									
受付											

注意

- 1 本申請書の提出時は、養育医療意見書、印鑑及び健康保険証を持参してください。
- 2 裏面の世帯調書も記載してください。
- 3 養育医療意見書は、主治医に提出し、記入をお願いしてください。

世 帯 調 書

児童の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	備考
養世 義帯 務外 者扶	氏 名				
	住 所				
	氏 名				
	住 所				
上記内容に相違ありません。 令和 年 月 日 碧南市長 殿 申請者氏名 ⑩					

注意

- 1 世帯全員を記入してください。
- 2 続柄の欄には、本人（受給者）との関係を記入してください。
- 3 世帯外扶養義務者の欄には、住所を異にする扶養義務者を記入してください。