

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 北名古屋市長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 () - _____
 受療者との続柄 [父 ・ 母 ・ その他 ()]

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

受療者	フリガナ						
	氏 名						
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女	
保険者番号							
指定医療機関	病院・診療所	名 称					
	薬 局	名 称					
(添付書類)		1	養育医療意見書	2	世帯調書	3	所得階層区分を証明する関係書類

注) 加入医療保険の資格を証明するものを持参すること。