

様式第2（第6条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

（あて先） 北名古屋市長

申請者 住所 北名古屋市

氏名

電話 （ ） -
（受療者との続柄 ）

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 <input type="checkbox"/> 北名古屋市									
	生年月日	年	月	日生	性別	男・女					
保険者番号											
指定医療機関	所在地										
	名称										
処方せん交付を希望する場合の指定薬局名											
診療予定年月日		年	月	日から	年	月	日まで				
(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) 被保険者証を持参すること。