

様式第1号（第4条、第6条、第7条及び第8条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

豊川市長殿

申請者（保護者に限る。）

郵便番号

住所

フリガナ

氏名

（受給者との続柄）

電話

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

申請内容の種別		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 記載事項変更 <input type="checkbox"/> 転院					
受給者 (乳児)	フリガナ			個人 番号			
	氏名						
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号 豊川市					
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号					
	生年月日	年	月	日	性別		
被保険者証等の 記号及び番号							
被保険者証等の名称							
指定養育 医療機関	名称及び 所在地						
診療予定年月日		年	月	日から	年	月	日まで
添付書類	新規	養育医療意見書					
	養育医療券期間延長	養育医療意見書・養育医療券					
	養育医療券記載事項変更	養育医療券・変更事項を証する書類					
	転院	養育医療意見書・養育医療券・転院理由書					

注)「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注)「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときはその住所を記入して下さい。

注)申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等も併せて記入してください。