

(様式第2号) (第3条関係)

# 養育医療給付申請書

年 月 日

立科町長

様

(〒 ー )

申請者住 所

氏 名

本人との続柄

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので申請します。

記

本人	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
	住 所	(〒 ー )			
	個人番号				
扶 養 義 務 者	氏 名		本人との 続 柄		
	住 所	(〒 ー )			
	個人番号		電 話 番 号		
被保険者証等の 記号及び番号			保 険 者 等 の 名 称		
希 望 す る 指 定 医 療 機 関	所 在 地	(〒 ー )			
	名 称				
備 考	1 申請書に添付が必要な書類 (1)「養育医療意見書」 (2)「世帯状況等証明書」、1月1日に当町の住民で無かった方は「住民税課税(所得)証明書」 (3)世帯の所得税額を証明する書類 ((2)により住民税所得割のある者) ・給与所得の場合・・・「給与所得の源泉徴収票(写し)」 ・給与所得以外の場合・・・申告済み確定申告書の写しなど (4)「同意書」 2 申請時に持参する書類 「被保険者証」等				
申 請 受 付 日 年 月 日			決 定 年 月 日		