

養育医療給付申請書

本人 (子ども)	ふりがな			生年月日
	氏名	(男・女)		年 月 日
	住所	佐波郡玉村町		個人番号
被保険者証等の 記号及び番号		保険の種類	国保・被保・その他	
福祉医療費受給 資格者番号		発行日	年 月 日	
希望する 指定医療機関	名称			
	所在地			
<p>上記のとおり養育医療の給付を申請します。なお、申請にあたり次のことについて同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己負担上限額決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳及び所得課税状況等の資料を閲覧、調査すること。また、本申請に関する情報を、上記医療機関に提供すること。 ・ 養育医療の給付に係る費用の徴収（自己負担金額）に対して支給されるべき福祉医療費の支給申請及び受領について玉村町長に委任すること。また、福祉医療費で負担しない金額がある場合は、その金額について速やかに請求に応じること。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 玉村町長</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">申請者 干</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住所</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏名 ㊞</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">(本人との続柄)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">個人番号</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話番号</p>				

玉村町記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> その他			
妊娠中毒症	有・無	出産の状況	<input type="checkbox"/> 満期産 <input type="checkbox"/> 早期産 (週)	
妊娠中の異常	有・無	保健師の訪問	無・有 (訪問 年 月 日)	
家庭環境 生活環境				
認定状況	決定・不決定	番号		階層区分