

様式第1号

市町村記載欄	受給者番号						
	診療予定期間	・	・	～	・	・	階層区分 階層
	所得税額						徴収基準月額
	受付日						受付機関

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日
	居住地		個人番号				
	現在地						
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		職業		
	居住地		個人番号				
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地							

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

令和 年 月 日

〒

申請者住所

申請者氏名

(自署もしくは記名押印)

本人との続柄

(電話番号 - -)

佐渡市長 様

添付書類 養育医療意見書、世帯調書、階層区分を証明する書類