

養育医療給付申請書

本人 (子ども)	ふりがな			生年月日	年	月	日
	氏名	(男・女)		福祉医療費受給資格者番号			
	個人番号						
	住所						
公的医療保険被保険者等の記号及び番号				公的医療保険の種類			
希望する指定養育医療機関		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、申請に当たり次のことについて同意します。</p> <ul style="list-style-type: none">・自己負担限度額決定のため、私と私の世帯員、世帯外扶養義務者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吉岡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>年 月 日</p> <p>吉岡町長 様</p> <p>申請者 〇</p> <p>住所 吉岡町</p> <p>氏名</p> <p>(本人との続柄)</p> <p>電話番号</p>							

吉岡町 記入欄

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> 母子手帳等 <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(妊娠満 週)		
妊娠中の異常	有 ・ 無	低体重児届出状況	<input type="checkbox"/> 未届 <input type="checkbox"/> 届出済(市町村受付 年 月 日)		
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	承認 ・ 不承認	番 号		階層区分	