

養育医療給付申請書				
本人	ふりがな氏名		男女	生年月日
	個人番号	〒	—	
	住所 (住民票所在地)			
	現在地 (住所地と異なる場合)			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄	
	個人番号	〒	—	
	居住地			
	電話番号			
被保険者証等の記号及び番号				
被保険者等の名称				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地				
備考				
<p>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。 なお、費用の徴収額を決定するため、課税台帳等の閲覧に同意します。 また、乳幼児等又はひとり親家庭等医療助成制度の対象者である場合、養育医療の自己負担金から助成額を差し引くため、医療助成に係る所定の申請権限を音更町長に委任します。</p> <p>申請者住所 〒 —</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">音更町長 宛て</p>				

- 添付資料
- 1 養育医療意見書
 - 2 世帯調書
 - 3 所得税額証明書等（音更町の公簿などで確認できる場合は省略可）