様式１

養　育　医　療　給　付　申　請　書

受療者	ふりがな 氏　名		男・女	生年月日	年　　月　　日
	住所地	〒	個人番号		
扶養義務者	ふりがな 氏　名		受療者との続柄	1.父　2.母 3.その他（　　）	
	電話番号		個人番号		
	住所地	〒			
被保険者証等の記号及び番号		記号　　番号	保険の種　類	社保　国保　生保	
被保険者等の名称					
希望する指定医療機関の名称及び所在地		名　称			
		所在地			
備　　考					

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療を申請します。

申請者住所　〒

申請者氏名　　㊞（受療者との続柄　　）

電話番号

年　　月　　日

邑楽町長　　宛て

保健センター記載欄

□意見書　　□世帯調書　　□委任状　　□健康保険証

・受療者　□通知カード　□個人番号カード　　・扶養義務者　□通知カード　　□個人番号カード