

養育医療給付申請書					承認・不承認	
本人	ふりがな 氏名	男・女	生年 月日	年 月 日	認 定	番号
	住所	個人 番号				階層 区分
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
希望する指定 養育医療機関						
養育医療の給付を受けたいので申請します。 なお、自己負担限度額決定に必要な私と私の世帯員に係る住民基本台帳、市町村民税課税状況等の資料及び個人番号を閲覧、調査することについて承諾します。また、養育医療給付に係る費用の徴収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関する権限を委任します。 年 月 日 中之条町長 様			申 請 者	住所	〒	
氏名 (自署)		(本人との続柄 )				
個人 番号						
電話		( )				

町記載欄

添 付 書 類	1 養育医療意見書		
	2 世帯調書		
	3 その他 ( )		
妊娠高血圧症候群	有 ・ 無	妊娠中の異常	有 ・ 無
出 産 の 状 況	満期産 早期産 (妊娠満 週)		
低体重児届出状況	未 届 ・ 届出済 (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			