

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

中川村長 様

申請者 住 所

氏 名

本人との続柄

次のとおり、関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。

記

本 人	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
	個人番号				
	居 住 地				
扶 養 義 務 者	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			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					

(添付書類)

養育医療意見書 (様式第 2 号)

世帯調書 (様式第 3 号)

加入医療保険証の写し

※中川村で課税状況が把握できない場合は、所得税等の証明が必要になります。

申請受付年月日		決定年月日	
---------	--	-------	--