

				階層 区分	
養育医療給付申請書（初回・継続・転院）					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号				
	居住地				
	現在地				
申請者	氏名		本人との 続柄		
	生年月日	年 月 日	電話番号		
	住所	郵便番号			
被保険者証等の種別 （該当するものを ○で囲むこと）	全国健康保険協会管掌健康保険 ・ 健康保険組合 ・ 船員保険 共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護 ・ その他（ ）				
被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	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					
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。					
年 月 日					
申請者氏名 （記名押印又は署名）					
中山町長		様			
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

- 添付書類 1 担当医師の養育医療意見書（別紙1）  
2 世帯調書（別紙2）