

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者 住 所
氏 名
(受療者との続柄)
個人番号
電 話 () -

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

申 請 の 種 類		新規 ・ 継続 ・ 転院 (医療機関変更)			
受 療 者	ふりがな				個人番号
	氏 名				
	住 所	〒444- 岡崎市			
	生年月日	令和 年 月 日生	性 別	男 ・ 女	
医療保険各法の記号及び番号					
保 険 者 番 号					協会・組合・日雇・船員・共済・国保・生保・その他 ()
指定医療機関	所 在 地				
	名 称				
診 療 予 定 年 月 日		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
添付書類		医療意見書			

- 備考 1 養育医療意見書は、主治医に提出し、記入をお願いしてください。
2 新規・継続申請の場合は、裏面の世帯調書にも必ず記入してください。

事務確認欄

交付番号		受給者番号	
番号確認			
確認 未確認	個人番号カード 通知カード 住民票 公簿		
本人確認			
確認 未確認	1点	個人番号カード 運免 在留 パスポート	
	2点	保険証 年手 他 ()	
		診察券 預金通帳 他 ()	

世帯調書

※欄は記入不要です。

	世帯構成員氏名	兄から みた続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	R8.1.1 時点の所在地	※備考
児童の 属する 世帯構 成						岡崎市・ _____市	
	個人番号						
						岡崎市・ _____市	
	個人番号						
						岡崎市・ _____市	
	個人番号						
						岡崎市・ _____市	
	個人番号						
						岡崎市・ _____市	
	個人番号						
						岡崎市・ _____市	
	個人番号						
世帯外扶養義務者						岡崎市・ _____市	
	個人番号						
	住所						
						岡崎市・ _____市	
	個人番号						
	住所						
上記内容に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 (宛先) 岡崎市長							