様式第１号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養 育 医 療 給 付 申 請 書 | | | | | | | | | | | | |
| 本人 | フリガナ  氏　名 | |  | | | | 男・女 | | 生年月日 | 年 　月 日 | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の  記号及び番号 | | 記号  番号 | | | | | | 保険者等の名称 |  | | |
| 扶養義務者 | 氏 名 | |  | | | | 本人との続柄 | |  | | 職業 |  |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | |
| 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   |  |  | | --- | --- | | 申請者住所 |  | | 申請者氏名 | 印 | | 本人との続柄 |  | | 電話番号 |  |       　　産山村長　様 | | | | | | | | | | | | |
| 受付年月日 | | 決定年月日 | | 決定内容 | 承認期間 | | | | | 同一世帯患者数 | | |
|  | |  | | 承認  不承認 | 自 |  | | | | 1人　・　2人以上 | | |
| 至 |  | | | |
| 村民税　年度 | | 所得税　年度 | | 所得税額 | | | | 階層 | | 備考 | | |
| 年度 | | 年度 | | 円 | | | |  | |  | | |