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 |  |  |