

(様式第1号の1)

養育医療給付申請書										
ふりがな 本人氏名	負担者番号		2	3	3	8	6	0	8	9
	受給者番号									
	個人番号									
ふりがな 扶養義務者氏名	電話	自宅	()							
	番号	職場	()							
	個人番号									
扶養義務者 住所	大洲市									
被保険者証の 記号及び番号			保 険 者 名							
希望する指定 養育医療機関 の 名 称										
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 住所 申請者 氏 名 大洲市長 様										
申請受付 年 月 日	年 月 日		決 定 年 月 日		年 月 日					
自己負担金 徴収基準月額	円		決 定 給 付 期 間		年 月 日から 年 月 日まで					

注1 備考欄には、他の医療費公費負担制度を受給している場合に、その内容を記入すること。

2 世帯調書の裏面の注意事項に記載している書類を添付のこと。