

(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									
医療保険各法の 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。