

(様式第2号)

養育医療給付申請書					
年 月 日					
山ノ内町長 様					
(〒 ー)					
申請者住所					
申請者氏名					
本人との続柄					
別紙関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。 記					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所			個人番号	
扶 養 義 務 者	氏名			本人との 続柄	
	居住地	〒			
	電話番号			個人番号	
被保険者証等の 記号及び番号				保険者等 の名称	
希 望 す る 指 定 医 療 機 関	所 在 地	(〒 ー)			
	名 称				

添付書類

- 1 養育医療意見書 (様式第3号)
- 2 世帯状況調書及び同意書 (様式第4号)
- 3 健康保険証の写し
- 4 世帯全員の個人番号の確認できる書類及び申請者の身元の確認できる書類
(代理人による申請の場合は、委任状及び代理人の身元の確認できる書類)

※役場窓口に来所の際は、記載内容を修正する場合に必要となりますので印鑑をお持ちください。

番号確認:個人番号カード 通知カード () 代理人:委任状
身元確認:個人番号カード 運転免許証 パスポート ()