

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日
	住所地	〒		個人番号	
	現在地	〒			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	居住地	〒			
	電話番号		個人番号		
医療保険各法の記号及び番号					
保険者の名称					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 （所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能）					
備考					
別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。自己負担額については、小児医療費助成制度による充当を希望します。 また、申請後、総社市が公簿により私及び私の属する世帯員の税務関係情報、医療保険加入状況、生活保護受給状況について確認することに同意します。 なお、このことについては、世帯員全員の承諾を得ています。 申請者住所 〒 本人との続柄 申請者氏名 電話番号 令和 年 月 日 総社市長 片岡 聡 一 様					
※申請受付年月日				※決定年月日	

＊「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

＊「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。

＊「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。