様式第１号（第４条関係）

（表）

養　育　医　療　給　付　申　請　書

年　　月　　日

（宛先）西尾市長

〒

申請者　住　　所

フリガナ

氏　　名

*本人が署名しない場合は記名押印してください。

電話番号

（受給者との続柄　　）

個人番号

次のとおり養育医療の給付を申請します。

受給者	フリガナ		個人番号	
	氏名			
	住所地（住民票所在地）	〒		
	現在地（住民票と異なる場合）	〒		
	生年月日	年　月　日生	性別	男・女
被保険者証等の記号及び番号				
被保険者等の名称				
指定医療機関	所在地（受給者現在地と同じ場合は省略可能）			
	名称			
診療予定年月日		年　月　日から　年　月　日まで		

１　添付書類

⑴　養育医療意見書（様式第３号）

⑵　所得階層区分を証明する関係書類

２　記入上の注意

⑴　被保険者証を持参してください。

⑵　裏面の世帯調書も記入してください。

⑶　申請者の押印は、氏名を自書する場合にあっては、省略することができます。

⑷　「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

⑸　「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等へ入院しているときは、その住所を記入してください。

⑹　申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等をしている場合は、帰省先等も併せて記入してください。

（裏）

世　帯　調　書

児童の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職　業 （勤務先）	階層 区分	市町村民税 所得割額	備考
世帯外扶養義務者	氏名								
	住所								
	氏名								
	住所								

上記内容に相違ありません。

年　　月　　日

申請者　氏　名

*本人が署名しない場合は記名押印してください。

（宛先）西尾市長

記入上の注意

1　本人（給付を受ける児童）と生計を一にする世帯全員を記入してください。

2　続柄の欄には、本人（給付を受ける児童）との関係を記入してください。

3　世帯外扶養義務者の欄には、住所を異にする扶養義務者を記入してください。