

様式第1号（第4条、第6条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

西脇市長 様

申請者 住 所
 (扶養義務者) 氏 名 ⑩
 生年月日 年 月 日
 本人との続柄 ()
 電話番号 () ー

下記のとおり、養育医療の給付を申請します。

なお、審査において必要な場合は、申請者、扶養義務者及び世帯構成員の税務情報による所得調査並びに住民基本台帳による調査を承諾します。

本 人	ふりがな		男・女	生年 月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所				
	現 在 地				
扶 養 義 務 者	ふりがな		本人との 続 柄		
	氏 名				
	住 所				
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号			保 険 者 等 の 名 称		
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地					
備 考					

(注) 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 養育医療意見書
- (2) 世帯調書
- (3) 課税状況等を証明する書類