

様式第1号（第3条関係）

市記載欄	受給者番号						
	診療予定期間	・	・	～	・	・	階層区分 階層
	市町村民税額						徴収基準月額
	受付日						受付機関

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		生年 月日	年	月	日
	住所地 (住民票所在地)		個人 番号			
	現在地 (住所地と異なる場合)					
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		個人 番号	
	住所地					
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						

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

〒

申請者住所

申請者氏名

(自署又は記名押印)

本人との続柄

(電話番号 — — )

(あて先) 南魚沼市長

【添付書類】 養育医療意見書、世帯調書、市町村民税額を証明する書類