

別紙様式第 1 号

市記載欄	受給者番号						
	診療予定期間	・ ・ ・ ・ ・			階層区分	階層	
	市民税額				徴収基準月額		
	受付日				受付場所		

養 育 医 療 給 付 申 請 書						
本人	ふ り が な 氏 名				生年月日	年 月 日
	居 住 地					
	現 在 地					
扶養義務者	ふ り が な 氏 名		本人との 続柄		職業	
	居 住 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 (あて先) 村上市長 〒 申請者住所 申請者氏名 (自署もしくは記名押印) 本人との続柄 (電話番号 - -)						

※ 太枠欄の中を記入してください。

【添付書類】 養育医療意見書、世帯調書、階層区分を証明する書類