

養育医療給付申請書

| | | | | | | |
|--|--|--|----------------|------------|------|---------|
| 対象者 | ふりがな | | 男・女 | 年 月 日生 | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | 島本町 | 現 住 地 (入院先) | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな | | 男・女 | 年 月 日生 | | 対象者との続柄 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ <input type="checkbox"/> その他 () | | 電話番号 | | |
| 保 険 区 分 | 1 国保 2 社保 3 共済 4 生活保護 | | | | | |
| 被 保 険 者 証 (健康保険証) | 記号及び番号 | (記号) | | (番号) | | |
| | 保険者の名称 | | | 保険者番号 | | |
| 他の福祉医療費 助成制度の状況 | 利 用 状 況 | 1 申請中(申請予定) 2 受給中 | | 3 非該当 | | |
| | 制 度 の 種 類 | 1 乳幼児医療 | | 2 ひとり親家庭医療 | | 3 障害者医療 |
| 医 療 機 関 | 名 称 | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | 電話番号 | |
| <p>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。</p> <p>なお、受給資格の確認及び自己負担額の決定のため、世帯状況・課税状況・福祉医療の受給状況等について、担当課に照会し、関係台帳等により確認することを承諾します。</p> <p>また、他の福祉医療費助成制度（乳幼児医療・ひとり親家庭医療・障害者医療）の受給者である場合、養育医療の自己負担額から当該福祉医療費助成制度の助成額を差し引くことを承諾し、当該福祉医療費助成制度に係る助成金の申請及び受領の権限を島本町長に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者（扶養義務者）</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ ㊞ （自署または記名押印）</p> <p style="text-align: center;">対象者との続柄 (_____)</p> <p style="text-align: left; margin-top: 20px;">島本町長 様</p> | | | | | | |