

様式第1 (第5条、第6条、第7条関係)

養育医療給付 (継続・変更等) 申請書

年 月 日

(宛先) 高浜市長

申請者 住 所 〒

電話番号

ふりがな
氏 名

(受療者との続柄)

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

受療者	ふりがな		個人 番号	
	氏 名			
	住所地	〒		
	生年月日	年 月 日生		
保険者等の名称			保険者番号	
被保険者証等の記号及び番号				
被保険者氏名				
指定医療機関 (入院先)	所在地			
	名 称			
診療予定年月日		年 月 日から 年 月 日まで		
(添付書類) 1 養育医療意見書 (様式第2) 2 世帯調書 (様式第3) 3 市民税額等証明書				

- 注1) 被保険者証を持参してください。
- 注2) 申請者「住所」欄及び受療者「住所地」の欄は、申請者及び受領者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等も併せて記入してください。
- 注3) 医療券の記載内容を変更する場合は、必要書類を添付してください。
- 注4) 指定養育医療機関を転院する場合は、転院理由書 (様式第5) を添付してください。
- 注5) 養育医療券の再交付を申請する場合は、添付書類1～3は不要です。

本人確認	マイナンバーカード・免許証・パスポート・在留カード・身体障害者手帳・精神障害者手帳・療育手帳・その他 ()
	保険証・年金手帳・介護保険証・住基カード(写真無し)・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・診察券・その他 ()