

										階層 区分		
養育医療給付申請書（初回・継続・転院）												
本人	ふりがな 氏名					男・女	生年月日	年 月 日				
	個人番号											
	住 所 (住民登録地)	郵便番号										
	現 在 地											
申請者	ふりがな 氏名					本人との 続柄						
	生年月日	年 月 日				電話番号						
	住 所	郵便番号										
	個人番号											
被保険者証等の種別 (該当するものを ○で囲むこと)	全国健康保険協会管掌健康保険 ・ 健康保険組合 ・ 船員保険 共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護 ・ その他 ()											
被保険者証の 記号及び番号	記号	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												
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												
申請者氏名												
鶴岡市長 様												
受付年月日	年 月 日				決定年月日	年 月 日						

- 添付書類 1 担当医師の養育医療意見書
2 世帯調書並びに所得税額及び市町村民税額を証する書類