

様式第3号(第4条関係)

(表)  
養育医療給付申請書

平成 年 月 日

豊田市保健所長 様

申請者 住 所  
氏 名 印  
(受療者との続柄 )  
電 話

次のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により申請します。

|                        |                      |    |   |   |   |   |      |                                |
|------------------------|----------------------|----|---|---|---|---|------|--------------------------------|
| 受療者                    | ふりがな<br>氏 名          |    |   |   |   |   |      |                                |
|                        | 住 所                  |    |   |   |   |   |      |                                |
|                        | 生年月日                 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 生 | 性別   | 男 ・ 女                          |
| 保険者番号                  |                      |    |   |   |   |   |      | 政管・組合・日雇・船員・共済・国保<br>生保・その他( ) |
| 指定医療機関                 | 名 称                  |    |   |   |   |   |      |                                |
|                        | 所 在 地                |    |   |   |   |   |      |                                |
| 処方箋交付を希望する場合<br>の指定薬局名 |                      |    |   |   |   |   |      |                                |
| 診療予定年月日                | 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |    |   |   |   |   |      |                                |
| 身体障害者手帳番号              |                      |    |   |   |   |   | 障害等級 |                                |

注意

- 1 印の欄は、身体障害者手帳の交付を受けている方のみ記入してください。
- 2 裏面の世帯調書も記入してください。
- 3 本申請書を提出するときには、養育医療意見書、印鑑及び健康保険証を持参してください。
- 4 養育医療意見書は、主治医に提出し、記入をお願いしてください。

