

第1号様式（第3条関係）

（表）

養育医療給付申請書

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所  
氏 名 ㊟  
(受療者との続柄 )  
電話番号

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			
	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号				
保 険 者 等 の 名 称				
指 定 養 育 医 療 機 関	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 2 所得階層区分を証明する関係書類				