

養育医療給付（新規・継続）  
転 院 申請書

年 月 日

蒲 郡 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              |                                 | 個人番号    |  |
|                                                  | 氏 名                  |                                 |         |  |
|                                                  | 住 所<br>(住民票住所)       |                                 |         |  |
|                                                  | 現 住 所<br>(住所地と異なる場合) |                                 |         |  |
|                                                  | 生 年 月 日              | 年 月 日 生                         |         |  |
| 扶養義務者                                            | ふ り が な              |                                 | 受療者との続柄 |  |
|                                                  | 氏 名                  | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ |         |  |
|                                                  | 住 所                  |                                 |         |  |
|                                                  | 電 話 番 号              |                                 | 個人番号    |  |
| 被 保 険 者 等 の<br>記 号 ・ 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 医療意見書 2 世帯調書 3 扶養義務者の課税状況等を示す書類 4 転院理由書 |                      |                                 |         |  |

(注) 1 申請時に被保険者等の記号・番号が確認できるものを持参してください。  
2 「住所地」の欄は、住民票の住所を記入してください。  
3 「現住所」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院中はその住所も記入してください。  
4 申請者住所は住民票所在地を記入してください。帰省中の場合は帰省先等も合わせて記入してください。  
5 この申請書と世帯調書（第3号様式）に個人番号を記入する場合は、「扶養義務者の課税状況等を示す書類」の添付を省略することができます。