

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 (住民票住所)					
	現 住 所 (住所地と異なる場合)					
	生 年 月 日	年 月 日 生	性 別	男 ・ 女		
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		
被保険者証等の記号及び番号						
被保険者等の名称						
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 所得階層区分を証明する関係書類 4 転院理由書						

- (注) 1 申請時に被保険者証を持参してください。
 2 申請者の押印は、氏名を自書する場合にあっては、省略することができます。
 3 「住所地」の欄は、住民票の住所を記入してください。
 4 「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。
 5 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。