

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		
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 扶養義務者の課税状況等を示す書類 4 転院理由書				

- (注) 1 申請時に被保険者証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。