

別記様式第5号(第6条関係)

養育医療給付申請書				認 定	承認・不承認
受療者	(ふりがな) 氏名		生年月日		年 月 日
	住所		個人番号		階層区分
被保険者証等の 記号番号			保険の種類	国保・被保・その他()	
			福祉医療受給者番号：		
保険者の名称			希望する指定 養育医療機関		
<p>養育医療の給付を受けたいので申請します。なお、申請に当たり次のことについて同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 自己負担額決定のため、私、私の世帯及び世帯外扶養義務者に係る住民基本台帳及び課税状況等の資料を閲覧及び調査すること。 本申請に関する情報を、上記医療機関に提供すること。 養育医療の給付に係る費用の徴収(自己負担金額)に対して支給されるべき福祉医療の支給申請及び受領について大泉町長に委任すること。また、福祉医療で負担しない金額がある場合は、その金額について速やかに請求に応じること。 <p>年 月 日</p> <p>大 泉 町 長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 千 住 所 氏 名 (受療者との続柄) 電 話</p>					
添 付 書 類	1 養育医療意見書				
	2 世帯調書				
	3 その他()				
妊娠高血圧症候群	有 ・ 無		妊娠中の異常	有 ・ 無	
出産の状況	満期産 早期産 (妊娠満 週)				
低体重児届出状況	未届 ・ 届出済 (受付 年 月 日)				
保健師の訪問	無 ・ 有 (訪問 年 月 日)				
家庭環境 生活環境					