様式第１（第３条関係）

養育医療給付申請書

年　　月　　日

半田市長　殿

申請者　住　　所

電話番号

ふりがな

氏　　名　　印

（受療者との続柄　　）

個人番号

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			
	住所地 （住民票所在地）			
	現在地 （住所地と異なる場合）			
	生年月日		性別	男　・　女
	個人番号			
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 （受療者現在地と同じ場合は省略可能）			
	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（様式第２）　２　世帯調書（様式第３）　３　市長が必要と認める資料				

注）被保険者証をお持ち下さい。

注）「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入して下さい。医療機関に入院しているときは
その住所を記入して下さい。