

様式第1号（第5条関係）

<h2 style="margin: 0;">養育（未熟児）医療給付申請書</h2>				年 月 日	
尾道市長 様		申請者 郵便番号 住 所 氏 名 本人との続柄			
次のとおり養育医療の給付を申請します。 負担金の決定のため、必要があるときは、世帯の所得税額の状況等について、関係当局に報告を求め、調査することに同意します。また、養育（未熟児）医療給付が決定になった場合に、医療券を指定医療機関に送付することに同意します。					
本 人	ふりがな 氏 名	男・女	生年月日 年 月 日		
	住 所 □申請者と同じ			個人番号	
現在地 (入院中の場合)		市 郡	町 番地	病 院 診 療 所	
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名	本人との続柄	電話番号 () -		
	住 所 □申請者と同じ			個人番号	
被保険者等記号・番号 記号 番号		保険者等 の 名 称			
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在地	名 称			病院・診療所	
	所在地		市 郡	町 村	
備 考					

世 帯 調 書			※認 定 (記入しないこと。)		階層区分	
未熟児等の属する世帯構成	世帯構成員名	個人番号	未熟児等との続柄	性別	徴収月額	円
					生年月日	備 考
	世帯外扶養義務者 (郵便番号) (住 所) (氏 名)					