

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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	生年月日	備 考
	世帯外扶養義務者 （郵便番号） （住 所） （氏 名）					