

養育医療給付申請書

初回申請  
 継続申請  
 医療機関変更

本人	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名						
	住所						
申請者	氏名			本人との続柄	1父 2母 3その他( )		
	住所			電話	( )		
加入保険	保険者番号	保険種別		記号	番号	番号	
		1.組合 3.共済 5.生保 2.政管 4.国保 6.その他( )					
指定医療機関名		添付書類		1.養育医療意見書 3.世帯調書及び関係書類 2.移送費承認申請書 4.前回養育医療券			
		[ 該当するものに ○をつけてください。 ]					
今回申請する受診者以外に既に同一生計内で医療券の交付を受けている者				有	氏名		
				無			
別紙「養育医療意見書」及び関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の申請をします。 なお、この申請の審査に必要な限度において、地方税関係情報（必要に応じ世帯員分を含む。）及び生活保護関係情報を取得されることについて、同意します。  申請者氏名  申請年月日 年 月 日  (あて先) 名古屋市長							

養育医療給付を申請される方へ

- 初回申請・継続申請・医療機関変更の該当区分に○をつけてください。
- この用紙の太枠の中は申請者が記入してください。
- 申請者の住所欄は結果通知のあて先となりますので住所と共に郵便番号も記入してください。