

様式第1号（第2条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書

年 月 日

恵庭市長 様

住 所

申請者 氏 名

続 柄

電話番号

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

なお、恵庭市子ども医療費助成制度、恵庭市ひとり親家庭等医療費助成制度又は恵庭市重度心身障害者医療費助成制度に基づく医療費助成金の申請及び受領並びに養育医療給付における自己負担金として市に納付をすること並びにこれに関する一切の権限を恵庭市長を代理人と定め委任します。

ただし、恵庭市子ども医療費助成、恵庭市ひとり親家庭等医療費助成又は恵庭市重度心身障害者医療費助成の受給者で、かつ、養育医療給付受療者である期間中の養育医療給付における自己負担金の額の範囲内に限ります。

受療児	ふりがな		性 別	男	女	生年月日	年	月	日
	氏 名								
	住所地					個人番号			
	現在地								
保護者	氏 名		続 柄			職 業			
	住所地					個人番号			
保険者の名称及び保険者番号			医療保険各法の記号及び番号						
指定養育医療機関の名称及び所在地									
備 考									

資格の認定及び医療券の交付をしてよろしいか。

決定年月日

年 月 日

決定欄	課 長		主 査		担 当		台帳入力	
-----	-----	--	-----	--	-----	--	------	--