

					階層 区分	
養育医療給付申請書（初回・継続・転院）						
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	平成	年 月 日
	個人番号	マイナンバー記入				
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号				
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号				
扶養義務者	氏名		本人との 続柄			
	住所 (電話番号)	郵便番号				
	個人番号					
被保険者証等の種別 (該当するものを ○で囲むこと)		全国健康保険協会管掌健康保険 ・ 健康保険組合 ・ 船員保険 共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護 ・ その他 ()				
被保険者証の 記号及び番号		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						
備考						
<p>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。 養育医療給付に係る施行事務処理（階層区分決定）のため、世帯に係る課税台帳並びに関係書類を、村山市保健課長が閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 (記名押印又は署名)</p> <p>村山市長あて</p>						
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日			

- 添付書類 1 担当医師の養育医療意見書（別記様式第2号 別紙1）
 2 世帯調書（別記様式第2号 別紙2）並びに所得税額及び市町村民税額を証する書類