

第1号様式（第3条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先)

戸田市長

住所（〒 - ）

申請者(扶養義務者)氏名

(自署もしくは記名押印)

本人との続柄

電話番号

養育医療の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

児童 (本人)	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所 地	〒			
	被保険者証等の 記号及び番号		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				

(添付書類)

- 1 養育医療意見書（第2号様式）
- 2 世帯調書（第3号様式）
- 3 委任状兼同意書（第6号様式）
- 4 健康保険証の写し