

養育医療給付申請書（新規）												
本人	ふりがな 氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日							
	居 住 地											
	退院後の 連 絡 先	※ 上記と同じ場合は記入不要										
扶 義 務 養 者	氏 名		本 人 と の 続 柄									
	居 住 地	※本人と同じ場合は記入不要										
被保険者証の 記号及び番号				保 険 者 の 名 称								
				保 険 者 の 番 号								
希 望 する 指 定 養育医療機関の 名称及び所在地												
摘 要												
下記の項目について同意し、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給付を申請します。 <福祉医療費対象の方のみ> 1. 自己負担金を納入したら、多気町へ下記の内容が通知されることに同意します。 (児氏名・性別・生年月日・住所・保護者名・診療月・総医療点数・入院日数・公費請求額・総食事金額 食事公費請求額・食事日数・医療機関名・自己負担額・納入日) 申請者住所 （郵便番号 ふ り が な 申 請 者 氏 名 申請者生年月日 年 月 日 (本人との続柄) (電話番号) 年 月 日 多気町長 あて												