|  |
| --- |
| 別記第11号様式（第5条関係） |
| 養　育　医　療　給　付　継　続　申　請　書 |
| 本　　　人 | フリガナ | 　 | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 | 　 | 男・女 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　所 | 郵便番号 |
| 扶養義務者 | フリガナ | 　 | 本人との続柄 | 電　話　番　号 |
| 氏　　名 | 　 | 　 | 　 |
| 住　所 | 郵便番号 |
|  |
| 被保険者証等の記号及び番号 | 記　　　号 | 番　　　号 |
|  |  |
| 保険者等の名称 |  |
| 希　望　す　る指定養育医療機関 | 名　　　称 | 所　　在　　地 |
|  |  |
| 申請時当初の診療予定期間 | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 備　　考 |  |
| 　別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の継続給付について申請します。 |
| 　 | 申請者住所 | 郵便番号 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 申請者氏名 |  |  |  |  |  |  |  | ㊞ | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 本人との続柄 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 年　　　月　　　日 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  | 長　洲　町　長 | 様 |  |  | 　 |
| 受付年月日 | 決定年月日 | 同一世帯患者数 | 受付印 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | １人・２人以上 | 　 |
| 決定内容 | 承　認　期　間 |
| 承認・不承認 | ～ |
| 町民税 | 所得税 | 所得税額 | 階層 |
| 年度 | 年分 | 円 | 　 |