|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | |