|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者  番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  | 受給者  番　号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| 本　　　人 | ふりがな  氏　名 |  | | | | | | | | | | 男  ・  女 | ．　　　．　　　生 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 住　所 | 電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養  義務者 | 氏　名 |  | | | | | | | | | | 職業 |  | | 本人との続柄 | |  | | |
| 住　所 | 電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者等の  種類及び名称 | | 健保　国保　共済　生保 | | | | | | | | | | 被保険者証等の記号及び番号 | | | 記号 | | 番号 | | |
| 指定養育  医療機関 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療予定期間 | | ・　　　・　　　から　　　　　　　　　　　・　　　・　　　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| この券の有効期間 | | ・　　　・　　　から　　　　　　　　　　　・　　　・　　　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担区分 | |  | | | | | 自己負担額  月額    　　　　　　　円 | | | | | | | | 出生時  体　重  ｇ | | | | |

様式第4号（第4条関係）

（申請者交付用）　　　　養育医療給付医療券

上記のとおり決定します。

　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

宇美町長

注１　自己負担額については、本人あて養育医療保護者自己負担金の納付書を送付し徴収しますので、医療機関では徴収しないでください。

注２　指定養育医療機関を追加されるとき又は診療がこの医療券の有効期間内に終了しないときは、内容変更・継続の手続をしてください。

注３　やむを得ない理由により指定養育医療機関を転院される場合には、養育医療意見書を添付し新たに申請を行ってください。