

養育医療給付申請書					承認・不承認	
本人	氏名 ^{りがな}		生年月日	年 月 日生	認定	番号
	住所		個人番号			階層 区分
被保険者証等の記号番号			保険者の名称			
希望する指定養育医療機関						
養育医療の給付を受けたいので申請します。 なお、自己負担限度額決定に必要な所得状況について、町民税課税台帳等により課税照会することを承諾します。 年 月 日 板倉町長 様			申請者	住所 〒		
				電話		
				氏名	続柄（ ）	
				個人番号		
添付書類	1 養育医療意見書					
	2 世帯調書					
	3 その他（ ）					
妊娠中毒症	有 ・ 無		妊娠中の異常	有 ・ 無		
出産の状況	満期産 早期産（妊娠満 週）					
低体重児届出状況	未届 ・ 届出済（板倉町受付 年 月 日）					
保健師の訪問	無 ・ 有（訪問 年 月 日）					
家庭環境 生活環境						