要綱様式１

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		生年月日	平成　　年　　月　　日
		（　男　・　女　）	福祉医療費受給資格者番号	
	住所	吾妻郡草津町大字草津・前口		
被保険者証等の記号及び番号			保険の種類	国保　　被保　　その他
希望する指定養育医療機関	名　称			
	所在地			

上記のとおり養育医療の給付を申請します。なお、申請にあたり次のことについて同意します。
・自己負担限度額決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳及び所得課税状況等の資料を閲覧、調査すること。また、本申請に関する情報を、上記医療機関に提供すること。
・養育医療の給付に係る費用の徴収（自己負担金額）に対して支給されるべき福祉医療費の支給申請及び受療について町長に委任すること。また、福祉医療で負担しない金額がある場合は、その金額について速やかに請求に応じること。

平成　　年　　月　　日

草津町長　様

申　請　者　〒　　－
住所　吾妻郡草津町大字草津・前口
氏名　　㊞

（本人との続柄　　）
電話　　（　　）

草津町記入欄

添　付　書　類	□　養育医療意見書 □　世帯調書 □　その他（　　）		
妊　娠　中　毒　症	有　・　無	出　産　の　状　況	□満期産 □早期産（妊娠満　　週）
妊　娠　中　の　異　常	有　・　無	低体重児届出状況	□未届 □届出済（市町村受付　　年　　月　　日）
保　健　師　の　訪　問	無　・　有　（訪問平成　　年　　月　　日）		
家　庭　環　境 生　活　環　境			

認　定　状　況	承認・不承認	番　号		階層区分	