規則様式第４号（第７条関係）

階層区分	

養育医療給付申請書（初回・継続・転院）

本人	ふりがな 氏　名		男・女	生年月日	平成　年　月　日
	居住地				
	現在地				
申請者	氏　名			本人との続柄	
	生年月日	年　月　日		電話番号	
	住　所	郵便番号			
被保険者証等の種別（該当するものを○で囲むこと）		全国健康保険協会管掌健康保険　・　健康保険組合　・　船員保険 共済組合　・　国民健康保険　・　生活保護　・　その他（　　）			
被保険者証の記号及び番号		記号　　番号		保険者等の名称	
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
備　考					

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

平成　年　月　日

申請者氏名
（記名押印又は署名）

山形県知事　　殿

受付年月日	平成　年　月　日	決定年月日	平成　年　月　日

添付書類　１　担当医師の養育医療意見書（別記様式第４号別紙１）
　　２　世帯調書（別記様式第４号別紙２）並びに所得税額及び市町村民税額を証する書類