

育成医療給付申請書

ふりがな 本人氏名		歳	男・女	生年月日	年 月 日
ふりがな 扶養義務者氏名			本人との続柄		職業
扶養義務者住所		電話番号	自宅	()	
			職場	()	
被保険者証の記号及び番号		保 険 者 名			
身体障害者手帳番号		障 害 等 級			
希望する指定育成医療機関の名称					
備 考					
別紙関係書類を添えて上記のとおり育成医療の給付を申請します。 平成 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 愛媛県知事 加 戸 守 行 殿 印					
申請受付年月日	年 月 日	進 達 年月日	年 月 日	決 定 年月日	年 月 日
自己負担金 徴収基準月額	入院 円 通院 円	決 定 給 付 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		

- 注 1 印の欄は、身体障害者手帳の交付を受けている者に限り記入のこと。
- 2 備考欄には、他の医療費公費負担制度を受給している場合に、その内容を記入すること。
- 3 記名押印に代えて署名することができる。

育成医療給付意見書

本人氏名		男・女	生年月日	年 月 日
本人住所				
病 名		発病年月日	年 月 日	
障害の状況及び程度				
治療方針				
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
通算	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
治療用装具	<input type="checkbox"/> 要	必要とする理由		
		装着予定年月日	平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 不要	種目・形式		
医療費概算額	入院治療費	円	移送費見込額	円
	通院治療費	円		医療費概算額と移送費見込額の合計額
	看護料	円		
	計	円	円	
治療後における障害の回復状況の見込み				
<p>上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定育成医療機関</p> <p style="text-align: center;">名 称 所在地 電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

注 のある欄は、該当する の中にレ印を付けること。

世 帯 調 書

申請者氏名						本人氏名				
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成	(1) 世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)	(2) 階層区分	(3) 所得税額	(4) 備 考		
(5) 世帯外扶養義務者	氏名									
	住所									
	氏名									
	住所									