

様式第 8 号

医療券番号	No. _____
-------	--------------

療 育 給 付 申 請 書							
宮崎県知事 殿				年 月 日			
住所 申請者 本人との続柄 氏 名 (年 月 日生) ⑩							
別紙関係書類を添えて、次のとおり療育の給付を申請します。							
本 人	氏 名			男 ・ 女	生年月日		年 月 日
	居住地						
扶 養 義 務 者	氏 名			本人との続柄		職業	
	居住地		勤務先又は 事業名				
被保険者証等の記号 及 び 番 号			保 険 者 等 の 名 称				
希望する指定療育機 関の名称及び所在地							
学 年		1 小学 年生		2 中学 年生		3 中学校 卒業生	
申請 受付 年月 日	年 月 日	進達	年 月 日	決定	年 月 日	経由	年 月 日
		日		日		保健 所名	

(注) 太線で囲んだ部分は記入しないこと。

様式第 9 号

療 育 給 付 意 見 書					
本 人	氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住 所				
病 名		発病年月日	年 月 日		
症 状					
これまでに行なわれた治療					
今後の治療方針					
治療見込期間					
学習を行なうについての意見					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定療育機関の名称及び所在地</p> <p>医師氏名 ㊞</p>					

様式第 10 号

誓 約 書

わたくしは、児童福祉法第 21 条の 9 第 1 項の規定による療育の給付を受けることとなりました際は、その療育の給付に要する費用の一部負担について命じられた額を支払うことを誓います。

医療を受ける児童の氏名

生年月日 年 月 日

年 月 日

住 所
申請者
氏 名

印

宮崎県知事 殿

