

別記様式第1号（第6条関係）

市記載欄	受給者番号			
	診療予定期間	・ ・ ・ ・ ・	階層区分	階層
	市民税額		徴収基準月額	
	受付日		受付機関	

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		生年月日	令和	年	月	日
	居住地		個人番号				
	現在地						
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		職業		
	居住地		個人番号				
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地							

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。

令和 年 月 日

〒

申請者住所

申請者氏名

（自署もしくは記名押印）

本人との続柄

（電話番号 - - ）

（あて先） 見 附 市 長

添付書類 養育医療意見書、世帯調書