

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				
医療保険各法の記号及び番号				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 - - ） （宛先） 見 附 市 長									

添付書類 養育医療意見書、世帯調書