

様式第2号(第5条関係)

公費負担者番号									
受給者番号									

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日						
	個人番号										
	居住地										
	現在地										

扶養義務者	氏名									
	個人番号									
	生年月日	年 月 日	本人との続柄							
	居住地	〒	TEL	職業						

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	名称									
	所在地									

子ども医療費受給者番号									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。

〒

申請者住所

本人との続柄

申請者氏名 (印)

(記名押印又は署名)

年 月 日

日出町長 様

申請受付年月日		決定年月日	
---------	--	-------	--