

養育医療給付申請書

年 月 日

桜川市長 様

申請者住所 〒 ー  
桜川市

申請者氏名  
本人との続柄  
電話番号

養育医療の給付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、給付可否の決定に際し課税情報その他必要な情報について、確認することに同意します。

本人	(ふりがな) 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所	(住民票所在地) 〒		個人番号	
	現住所	(住所地と異なる場合) 〒			
扶養義務者	氏名		本人との続柄		職業
	住所	〒			
	電話番号			個人番号	
被保険者証の記号番号				保険者名	
希望指定医療機関	名称				
	所在地	〒 電話番号			
添付書類		1 養育医療意見書 2 世帯調書 3 その他関係書類			
備考					