

様式第1号(第5条関係)

養育医療給付申請書						
児	ふりがな		男・女	生年 月日	年 月 日	
	氏 名					
	個人番号					
	居 住 地					
	現 在 地					
扶 養 義 務 者	氏 名		児との 続 柄		職 業 (勤務先)	
	個人番号					
	居 住 地	電話 ()				
被保険者証等の 記号および番号			保険者等 の 名 称			
希望する指定養育 医療機関の名称お よび所在地						
備 考						
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">児との続柄</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(あて名)</p> <p style="text-align: center;">愛荘町長</p>						
申 請 受 付 日 年 月 日	年 月 日		決 定 年 月 日		年 月 日	

