

様式第1号（町要綱第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					
	居住地					
	現在地					
扶 養 義 務 者	氏名		児との 続柄		職業（勤 務先）	
	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>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="margin-left: 200px;">申請者 住所</p> <p style="margin-left: 250px;">氏名</p> <p style="margin-left: 250px;">児との続柄</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p>（あて名） 愛荘町長</p>						
申請受付年月日	年 月 日		決定年月日		年 月 日	

注 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。