

年 月 日

大間町長 殿

住 所  
申請者 氏 名 (印)  
本人との続柄

養 育 医 療 給 付 申 請 書

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	居住地			個人番号	
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	居住地				
	電話番号		個人番号		
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					
備 考					
申請受付年月日			決定年月日		

注1 太枠内には、記入しないこと。

2 氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。

3 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。