別記様式第３号（第７条関係）

|  |
| --- |
| 養　育　医　療　給　付　申　請　書 |
| 本人 | ふ　り　が　な |  | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏　　　　名 |  |
| 住　　　　所 | 〒関市 | 個人番号 |  |
| 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 |  |
| 　別添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。令和　　　年　　　月　　　日申請者　住　所　関市　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号関市長　様 |
| 申請受付年月日 |  | 決定年月日 |  |