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 | | | | |  | | | | |