

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			個人番号		
	住所	〒 関市				
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						
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 関市 氏名 印 (本人との続柄) 電話番号 FAX 番号</p> <p>関市長 様</p>						
申請受付年月日		決定年月日				