

別記様式(第3条関係)

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	〒		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			
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		
医療保険各法の 記号及び番号					
保険者等の名称					
希望する指定養医療機関 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>なお、審査にあたり必要な場合には、住民基本台帳・市民税課税台帳等により確認されることを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>備前市長 殿</p>					
申請受付年月日				決定年月日	

\*申請者氏名については、自署又は記名押印のこと。