

別記
第1号様式(第3条関係)

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな		男・女	生年月日	令和 年 月 日	
	氏名					
	住所		個人番号			
	現在地					
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		職業	
	氏名					
	住所		個人番号			
健康保険被保険者証の保険者名称		被保険者証等の記号及び番号	記号	番号		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	名称					
	所在地					
備考						
<p>養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>郵便番号 〒 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>連絡先：電話 _____</p> <p>本人との続柄 _____</p> <p>申請者氏名 _____ (印)</p> <p>申請者生年月日 昭和・平成 年 月 日</p> <p>富里市長 様</p>						
申請受付年月日				/		