

様式第1号（第2条関係）

養育医療給付申請書					
本人 (児童)	ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	年月日
	住 所		個人 番号		
	現在地				
扶養 義務 者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		
	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					
別紙「養育医療意見書」及び「世帯調書」を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。 なお、徴収金の算定に当たり、市長が課税状況等を閲覧することに同意します。					
年 月 日					
住所					
申請者 氏名					
電話					
氷見市長 宛					