

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					
<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話</p> <p>氷見市長 宛</p>					