

養 育 医 療 給 付 申 請 書 (初 回 ・ 転 入)

(転入前市町村名:

受療者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	居 住 地			個人番号			
扶養義務者	ふりがな		受療者との続柄		職 業		
	氏 名						
	居 住 地	〒 ー					
		電話番号()		個人番号			
被保険者証等の記号及び番号	記 号	番 号		保険者番号			
				保険者等の名称			
希望する指定 養育医療機関	名 称						
	所在地	〒 ー			連絡先 電 話		
上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 住 所 申請者 受療者との続柄 氏 名 印 (自署もしくは記名押印) 年 月 日生 石川町長 様							