

様式第1号（第8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	令和	年 月 日
	居住地				個人番号	
	現在地	電話 ()				
扶養義務者	氏名		本人との続柄		職業	
	居住地				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	出生届 令和 年 月 日 済					
<p>別紙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 style="text-align: center;">(郵便番号 -)</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</p> <p style="text-align: center;">(自署もしくは記名押印)</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">湯上市長 様</p>						
申請受付年月日				決定年月日		