

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 茅野市長

申請者住所

申請者氏名

本人との続柄

別紙関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。

記

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	居住地		個人番号		
扶養義務者	氏名		本人との続柄	電話番号	
	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					

(添付書類)

養育医療意見書（様式第2号）

世帯調書（様式第3号）

同意書（様式第3号の2）

申請受付 年 月 日		決定年月日	
---------------	--	-------	--