

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名				男・女			
	生年月日	年	月	日	生	出生時体重	g	
	個人番号							
	住所地	〒 _____ 電話（ _____ ）						
	現在地	〒 _____						
扶養義務者	氏名				本人との続柄			
	個人番号							
	住所地	〒 _____ 電話（ _____ ）						
保険者等の名称		健保	国保	共済	生保	医療保険各法の 記号及び番号	記号	番号
指定養育 医療機関	名称							
	所在地							
備考								

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日
 申請者 住 所
 氏 名
 生年月日
 本人との続柄

篠栗町長 様

受付印
