

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
	住 所	郵便番号		個 人 番 号	
	現 住 地	郵便番号			病 院 診 療 所
扶養義務者	ふりがな 氏名		本 人 と の 続 柄		
	住 所	郵便番号			
	電 話 番 号		個 人 番 号		
被保険者証等の記号及び番号			保 険 者 名		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
備 考					
<p style="text-align: center;">別添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;">申請者住所 氏名 本人との続柄 年 月 日 新見市長 殿</p>					
申請受付年月日		進 達 年 月 日		決定年月日	

- ・「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。