

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号		個人 番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな		本人との 続柄		
	氏 名				
	居住地	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					
被保険者等の名称					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地が本人所在地と同じ場合は省略可能)</small>					
備考					
<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="margin-left: 40px;">申請者住所                      郵便番号</p> <p style="margin-left: 40px;">本人との続柄</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者氏名(自署又は記名押印)</p> <p style="margin-left: 40px;">電 話 番 号</p> <p style="margin-left: 80px;">年            月            日</p> <p style="margin-left: 120px;">(あて先)    三芳町長</p>					
申請受付年月日		決定年月日			

\* 保険者によって附加給付金が出る場合もあります。その際は、健康支援担当まで申し出てください。