

# 養育医療給付申請書

本人	ふりがな			男・女	生年月日	平成	年	月	日
	氏名								
	居住地	TEL ( )							
	現在地	TEL ( )							
	個人番号								
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 記号および番号		被保険者等の名称							
希望する指定養育 医療機関の名称 および所在地									
備考									

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。

〒

申請者住所  
本人との続柄  
申請者氏名

⑩

平成 年 月 日

かほく市長 様

本申請に伴い、必要な場合関係機関において世帯の状況や所得税等の調査をすることに（承諾します・承諾しません）

受付 年月日		送付 年月日		決定 年月日	
-----------	--	-----------	--	-----------	--