

養育医療給付申請書

年 月 日

筑北村長 様

(〒 ー)

申請者住所

申請者氏名

㊟

受療者との続柄

連絡先（電話）

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので申請します。

受療者 (本人)	氏 <small>ふりがな</small> 名		男・女	生年 月日	年 月 日
	住 所 (住民票所在地)	〒		個 人 番 号	
扶 養 義 務 者	氏 <small>ふりがな</small> 名		本人との 続 柄		
	住 所 (住民票所在地)	〒		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 医 療 機 関		所 在 地	(〒 ー)		
		名 称			
備 考					
申 請 受 付 年 月 日		決 定 年 月 日			