

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					
	現在地					
保護者	氏名		本人との続柄		職業	
	居住地					
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地						
備考	出生届 平成 年 月 日 済					
<p style="text-align: center;">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="text-align: center;">(郵便番号           —           )</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">連絡先電話番号                   (           )</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">比 布 町 長 様</p>						
申請受付年月日			決定年月日			

(自署もしくは記名押印)