

第1号様式(第4条関係)

公費負担者番号									
受給者番号									

**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				
	居住地				個人番号				
	現在地								
扶養義務者	氏名				個人番号				
	生年月日	年 月 日			本人との続柄				
	居住地	〒	TEL		職業				
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	名称								
	所在地								
子ども医療費受給者番号									
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 (印)

(記名押印又は署名)

年 月 日

津久見市長 様

申請受付年月日		決定年月日	
---------	--	-------	--