

様式第2（第3条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

東浦町長

申請者

郵便番号

住 所

氏 名

印

（自書もしくは記名押印）

電話番号

本人との続柄 （ ）

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

本人	ふ り が な 氏 名			個 人 番 号	
	住 所 地 （住 民 票 所 在 地）	□申請者と同じ 郵便番号			
	現 住 所 （住所地和異なる場合）	□申請者と同じ 郵便番号			
	生 年 月 日	年 月 日	性別	男・女	
扶養義務者	ふ り が な 氏 名			個 人 番 号	
	居 住 地	郵便番号			
	電 話 番 号		本人との続柄		
被保険証等の記号及び番号		記号		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 （所在地は本人現住所と同じ場合は省略）					
備 考					