

様式第1号(第5条関係)

養育医療給付申請書					
児	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名	(個人番号)			
	居 住 地				
	現 在 地				
扶養義務者	氏 名	(個人番号)	児との続柄	職 業 (勤務先)	
	居 住 地	電話 ()			
医療保険各法の記号及び番号			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					
<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;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">児との続柄</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">甲賀市長 あて</p>					

申請受付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
---------------	-------	--------------	-------