

養育医療給付申請書

年 月 日

岡谷市長 殿

申請者住所

申請者氏名

印

本人との続柄

別紙関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。

記

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	居住地			個人番号	
扶養義務者	氏名		本人との続柄	電話番号	
	居住地			個人番号	
被保険者証等の記号及び番号		記号	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		所在地 名称			

(添付書類)

- ・養育医療意見書（様式第2号）
- ・世帯調書兼個人番号の利用による地方税関係情報の取得に係る同意書（様式第3号）

申請受付 年 月 日		決定年月日	
---------------	--	-------	--