

様式第1号(第3条, 第6条関係)

養育医療給付申請書					
対象者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	個人番号				
	住所地 (住民票所在地)	〒			
	現在地 (入院先)	〒			
保護者	氏名		本人との続柄		
	個人番号				
	居住地	〒			
	電話番号				
被保険者証の記号及び番号		保険者番号			
		保険者名			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地が本人現在地と同じ場合は, 省略可能)					
<p>上記のとおり申請します。                      なお, 養育医療の給付に関し必要な町が保管する住民記録情報, 税情報, その他受給可否等の必要な情報について, 五霞町長が利用することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>五霞町長                                  様</p> <p style="text-align: right;">保護者 住所 _____ 氏名 _____</p>					