

様式第2号（第3条関係）

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
	住 所 地 (住民票所在地)			個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)				
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		
	居 住 地				
	電 話 番 号		個人 番号		
被保険者証等の 記号及び番号					
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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
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。

住所

申請者

氏名

㊞

本人との続柄

年 月 日

(申請先) 上田市長

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