

様式第2号(第4条関係)

養育医療給付申請書					
乳 児	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号				
	住 所 地	〒			
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏名		乳児との 続 柄		職 業
	個人番号				
	居 住 地	〒			
	電 話 番 号				
被保険者証等の 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>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>なお、この制度を利用するために必要な個人情報を、市の公簿等により確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 郵便番号 住所 氏名 印 乳児との続柄 電話番号</p> <p>磐田市長</p>					