

様式第1号(第3条関係)

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先)吉川市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号  
本人との続柄

養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地		個人番号		
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	電話番号	年 月 日
	氏名				
	居住地		個人番号		
被保険者等記号・番号			保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称					
備考					

(添付書類)

- 1 養育医療意見書
- 2 世帯調書
- 3 加入している健康保険の保険者等の名称、保険者番号及び被保険者等記号・番号が確認できる書類（生活保護等を受けている場合にあつては、受給証等の写し）
- 4 その他市長が必要とする書類