

様式第1号(第2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		
	現在地				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	職業	
	氏名				
	居住地		電話番号		個人番号
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					

(添付書類)

- 1 養育医療意見書
- 2 世帯調書
- 3 所得を証明する書類
- 4 健康保険証の写し