

第1号様式（第4条関係）

養育医療給付申請書						
児 童	ふりがな 氏名		男・女	生年月日		
	居住地	郵便番号		個人番号		
	現在地	郵便番号				
扶 養 義 務 者	氏名		児童との 続柄		職業	
	個人番号					
	居住地	郵便番号				
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 style="text-align: center;">母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付について、別紙関係書類を添えて、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">また、申請の適正を判断するために、必要な場合は、医療機関に対する診療内容等の照会について、承諾します。</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">(保護者) 氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">児童との続柄 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大垣市長 様</p>						