

第1号様式（第2条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		性別	生年	年 月 日	
	氏名		男・女	月日		
	居住地			在胎週数	満 週	
	現在地			出生体重	グラム	
	個人番号					
申請者 (扶養義務者)	ふりがな		本人との続柄		職業	
	氏名					
	居住地			電話/FAX 番号		
	個人番号					
被保険者証	記号		番号			
	保険者の名称					
	保険者番号					
生活保護の状況		受給していない・受給中( 年 月 日開始)・申請中( 年 月 日申請)				
指定養育 医療機関	名称					
	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>年 月 日</p> <p>申請者住所 〒</p> <p>申請者氏名 ㊟</p> <p>(本人との続柄 )</p> <p>草加市長 あて</p>						
申請受付年月日				決定年月日		

※ 氏名を署名したときは、押印を省略することができます。