

養育医療給付申請書										
本人	ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日			
	氏名									
	住所					個人番号				
	現住所									
扶養義務者	ふりがな				本人との続柄		職業			
	氏名									
	住所									
	電話番号					個人番号				
被保健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>養育医療の給付を受けたいので、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;">年 月 日</p> <p>(宛先) 八千代市長</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">生年月日</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p>										
申請受付年月日			年 月 日			決定年月日		年 月 日		

注 申請者は氏名を自署することにより、押印を省略できる。