

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	居住地				
	現在地				
扶養義務者	氏名		本人との 続柄		
	居住地				
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>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>申請者住所 本人との続柄 申請者氏名 連絡先(電話番号)</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>久御山町長 様</p>					
申請受付年月日			決 定 年 月 日		

※養育医療申請に関して知り得た情報を、未熟児訪問担当課である子育て支援課保健師に
情報提供することに同意します。

保護者自署： _____