養育医療給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本  人 | ふりがな  氏　名 | |  | | 性別 | 男・女 | | 生年  月日 | 年　　月　　日 | |
|  | |
| 住所地 | |  | | | | | 個人  番号 |  | |
| 現在地 | |  | | | | | | | |
| 保護者 | 氏　名 | |  | | | | | 本人との続柄 | |  |
| 住所地 | |  | | | | | 個人番号 | |  |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | |  | | 保険区分 | | 協会けんぽ・健保・国保・共済・生保・その他（　　　　　） | | | |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | | | |  | | | | | | |
| 備　考 | | |  | | | | | | | |
| 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。  （郵便番号　　　　－　　　　）  申請者住所  本人との続柄    申請者氏名  （連絡先電話番号　　　　　－　　　　－　　　　　）  　　　　　　　　　　年　　　月　　日  　　　　　　　　（宛先）　　江別市長 | | | | | | | | | | |
| 申請年月日 | |  | | | 決定日 | |  | | | |