養育医療給付申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">本人</td><td>ふりがな
氏　名</td><td></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所地</td><td colspan="3"></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>現在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">保護者</td><td>氏　名</td><td colspan="3"></td><td>本人との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住所地</td><td colspan="3"></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証等の記号及び番号</td><td></td><td>保険区分</td><td colspan="3">協会けんぽ・健保・国保・共済・生保・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する指定養育医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請年月日</td><td></td><td>決 定 日</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>