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 |  |