

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	
医療保険各法の記号及び番号			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		