

様式第 1 号（第 4 条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	氏 名		男 女	生年 月 日	年 月 日
	個人番号				
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 市			
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	市 郡			
扶 養 義 務 者	氏 名		本人との 続柄		
	個人番号		電話番号		
	居 住 地 (現在居住している住所)	〒 市			
被保険者証の記号番号			負担率	保 険 者 等 の 名 称	
被 保 険 者 氏 名					
希望する指定医療機関 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。 また申請書による基本情報及び養育医療意見書に係る個人情報について、業務上関係する課に提供することについて、同意します。 申請者住所 本人との続柄 申請者氏名 申請者生年月日 年 月 日 坂井市長 様 年 月 日生					
申 請 受 付 年 月 日		年 月 日		進達年月日	年 月 日
保 険 者 証 確 認 欄				決定年月日	年 月 日
事務担当者印					

（注）届出者本人が自署する場合には、押印は不要である。