

様式第1号

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所 地	郵便番号		個人番号	
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	住 所 地	郵便番号			
	電 話 番 号			個人番号	
被保険者証等の記号及び番号					
保険者等の名称					
希望する指定医療機関の名称及び所在地					
備 考					
<p>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。</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 ㊟</p> <p>電 話 番 号</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>加西市長 西村 和平 様</p>					
申請受付年月日			決定年月日		

申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 養育医療意見書 (2) 世帯調書