

様式第1号

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地	〒 - 下関市			
	個人番号				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	父・母・その他( )	
	氏名				
	居住地	〒 -			
	連絡先	( ) - ( ) - ( )			
	個人番号				
被保険者証等の記号及び番号		記号	番号		
保険者等の名称					
希望する指定養育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 style="text-align: center;">〒 -</p> <p>申請者住所 -----</p> <p>本人との続柄 -----</p> <p>申請者氏名 -----</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(あて先) 下関市長</p>					
申請受付年月日		決定年月日			