様式第５号（第10条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年　月　日
	氏　名					
	個人番号					
	住　所	静岡市 区				
扶養義務者	氏　名		本人との続柄		職業	
	個人番号					
	住　所					
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。

申請者住所　〒　　－

本人との続柄

申請者氏名　　㊞　　電話　　－

年　月　日

(宛先)静岡市保健所長

申請書受付年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日

市確認欄

1.番号確認	受診者		扶養義務者		被保険者	
2.身元確認	申請者		申請者以外		委任状	