

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						
<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 〒 -</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 電話 -</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 静岡市保健所長</p>						
申請書受付日	年 月 日	決定日	年 月 日			

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	