

年 月 日

五所川原市長

住 所
申請者 氏 名
本人との続柄

養 育 医 療 給 付 申 請 書

母子保健法（昭和40年法律第141号）第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

本人	ふりがな氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号					
	居住地					
扶養義務者	現住所					
	氏名		本人との続柄		職業	
	個人番号					
	居住地	TEL				
被保険者証等の記号及び番号	記号番号		保険者等の名称			
希望指定養育医療機関の名称及び所在地	名 称 住 所					
備 考	この申請に関して市が、世帯状況及び課税状況等に関して閲覧することに同意します。 記入者氏名					
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日			

注 太枠内には、記入しないこと。