

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな	みよし じろう	男・女	生年月日	令和〇〇年 〇月 〇日
	氏名	三芳 次郎			
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号 354-004〇 埼玉県入間郡三芳町〇〇〇	個人番号	※通知カードまたは個人番号カード等を参照してください	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな	みよし たろう	本人との続柄	父	
	氏名	三芳 太郎			
	居住地	郵便番号 354-004〇 埼玉県入間郡三芳町〇〇〇			
	電話番号	049-25〇-〇〇〇〇	個人番号	※通知カードまたは個人番号カード等を参照してください	
被保険者証等の記号及び番号	〇〇〇 〇〇〇				
被保険者等の名称	保険組合等の名所				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地が本人所在地と同じ場合は省略可能)	〇〇〇病院 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇〇市〇〇町〇-〇-〇				
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		郵便番号 354-004〇 埼玉県入間郡三芳町〇〇〇			
本人との続柄		父			
申請者氏名(自署又は記名押印)		三芳 太郎 印			
電話番号		049-25〇-〇〇〇〇			
令和〇〇年 〇月 〇日					
(あて先)		三芳町長			
申請受付年月日		決定年月日			

お子様が加入される予定(扶養義務者)の保険証の記

* 保険者によって附加給付金が出る場合もあります。その際は、健康支援担当まで申し出てください。