

別記
様式第1号

養育医療給付申請書					
受療者	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所				
	現在地			個人番号	
健康保険被保険者(国民 健康保険、世帯主)	氏名			受療者との続柄	
	住所			個人番号	
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称		
養育医療機関希望する指定	名称				
	所在地				
備考					
<p>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。 なお、給付が決定された場合は、その内容が指定養育医療機関に通知されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者住所 </p> <p>氏名 受療者との続柄 ④</p> <p>電話 () </p> <p style="text-align: center;">米子市長 様</p>					
申請受付年月日	年 月 日	交付決定年月日	年 月 日		