

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	
健康被保険者(国民 場合は、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 style="text-align: right;">受療者との          氏名 続柄          .....</p> <p style="text-align: center;">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		