

別記第2号様式（第3条関係）

養育医療給付申請書						
乳児	ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	居住地	〒			個人 番号	
	現在地	〒				
扶養義務者	氏名				乳児との 続柄	
		個人番号				
	居住地	〒				
被保険者証等の記 号および番号					保険者等の名称	
希望する指定養育 医療機関の所在地 および名称						
備 考						
<p>上記のとおり関係書類を添えて養育医療の給付を申請します。 なお、所得状況の確認に伴う同一世帯の課税状況及び世帯情報の閲覧に同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 申請者 氏 名 乳児との続柄</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>知内町長 様</p>						