

養育医療給付申請書（初回・転入）

（転入前市町村名： ）

受療者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日		
	氏名				個人番号		
扶養義務者	ふりがな		受療者との続柄		職業		
	氏名				個人番号		
	居住地	〒 ー			連絡先電話	()	
被保険者証等の記号及び番号		記号	番号	保険者番号			
				保険者等の名称			
希望する指定療育医療機関	名称及び所在地			連絡先電話	() 内線 ()		

上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

住 所

申請者

受療者との続柄

氏 名

印

年 月 日生

白 河 市 長