様式第１号（第５条関係）

養育医療給付申請書　（ 新規　・　転院 ）

本人	ふりがな			生年月日	令和　　年　　月　　日
	氏　　名				
	住　　所			個人番号	
扶養義務者	氏　　名		本人との続柄		
	住　　所			個人番号	
健康保険証	記　　号		保険者番号		
	番　　号		保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
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。

令和　　年　　月　　日

申請者　　住　所

氏　名

電　話

本人との続柄

（あて先）　大　津　町　長　　様