

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		男・女	生 年	年 月 日
	氏 名			月 日	
	住 所		個 人	番 号	
	現 在 地				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏 名				
	住 所		個 人	番 号	
	電 話 番 号				
被保険者証等の記号及び番号		記号	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					
<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。 また、養育医療の給付に関し、上記世帯の課税情報を閲覧することを承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p>電話番号</p> <p>氏 名</p> <p>本人との続柄</p> <p>(宛先) 所沢市長</p>					

注 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その所在地を記入してください。