

様式第1号(第3条関係)

年 月 日

藤崎町長 様

住 所
申請者 氏 名 印
(本人との続柄)
連絡先

養 育 医 療 給 付 申 請 書

藤崎町養育医療の給付等に関する規則第3条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

本人	ふりがな氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	居住地					
扶養義務者	現住所					
	氏名		本人との続柄		職業	
	居住地					
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称			
希望指定養育医療機関の名称及び所在地						
備 考						
申請受付年月日			決定年月日			

注1 太枠内には、記入しないこと。

2 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

3 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。