様式第1号(第5条関係)

受給者番号（　　）

養育医療給付申請書　（ 新規　・　転院 ）

本人	ふりがな 氏　　名		男・女	生年月日	年　　月　　日
	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				
加入保険	記　　号		保険者番号		
	番　　号		保険者名称		
希望する指定養育医療機関の名称					
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。

年　　月　　日

申請者　住　　所：

氏　　名：　　（続柄：　　）

生年月日：　　年　　月　　日生まれ

電話番号：

（あて先）　合志市長

受付印	受付者