

様式第3号(第4条関係)

養育医療給付申請書

本 人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所					
扶 養 者	現在地		個人番号			
	氏名		本人との続柄		職業	
	住所		個人番号			
	医療保険各法による記号及び番号		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>養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(申請者) 住所 〒</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日生</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( )</p> <p>(宛先)富山市長</p>						

添付書類

- 1 指定養育医療機関の医師の作成した養育医療意見書
- 2 世帯調書