

(様式第1号)

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	居住地				
	現住地				
扶養義務者	氏名		本人との続柄	職業	
	居住地	(電話 )			
	勤務先名称	(電話 )	所在地		
被保険者証等の 記号及び番号		保険者名			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
備考					
別添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。					
申請者住所 本人との続柄 申請者氏名 <span style="float: right;">㊟</span>					
平成 年 月 日					
美作市長 様					
申請受付年月日					
決定年月日					

\*申請者氏名については、自署又は記名押印のこと。