様式第２号（第３条関係）

年　　月　　日

奥州市長　宛

申請者　住　　所

ふりがな

氏　　名

本人との続柄

電話番号（自宅）

（その他の連絡先）

養 育 医 療 給 付 申 請 書

別紙関係書類を添えて、次のとおり養育医療の給付を申請します。

本人	ふりがな 氏名		生年月日	年　月　日生	
	居住地	□上記住所に同じ	個人番号		
	現在地				
扶養義務者	氏名	□申請者に同じ		職業	
	居住地	□上記住所に同じ	個人番号		
医療保険等	医療保険の種別	国保 ・ 健保 （ 政府 ・ 組合 ） ・ 船保 ・ 共済 その他 （　　）			
	保険者等の名称				
	記号・番号				
希望する指定養育医療機関の名称					
希望する指定養育医療機関の所在地					
備考					

□制度の説明を受け、自己負担金を納入します。

□費用負担区分認定のため、世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿