様式第２号（第３条関係）

養育医療給付申請書

年　　月　　日

筑西市長　　様

（申請者）住　　所

氏　　名　　印

電話番号

本人との続柄（　　）

養育医療の給付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、給付可否の決定に際し、課税情報その他必要な情報について確認することに同意します。

本人	（ふりがな） 氏　名		男・女	生年月日	年　月　日	
	住　所					
	現住地					
扶養義務者	氏　名		本人との続柄		職　業	
	住　所					
被保険者証の記号番号			保険者名			
希望指定医療機関	名　称					
	所在地					
添付書類		1　養育医療意見書 2　世帯調書 3　その他				
備　考						