

初回・継続

養育医療給付申請書

乳 児	ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	令和 年 月 日		
	氏名						
	居住地						
	現在地						
扶 養 義 務 者	氏名		本人と の続柄		職業		
	居住地						
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号	記号		保 険 者 等 の 名 称 及 び 保 険 者 番 号	番号			
	番号			名称			
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地	名称						
	所在地						
備 考							
<p>母子健康保険法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>乳児との続柄</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: right;">石巻市長 殿</p>							
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日				