

第 3 号様式（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	(方)				
	居 住 地	(方)				
	個人番号					
扶 養 義 務 者	氏 名		本人との続柄		職 業 勤 務 先	
	住 所					
	個人番号					
被保険者証等の 記号及び番号	記号 番号			保 険 者 等 の 名 称		
希 望 す る 指 定 医 療 機 関 の 名 称						
備 考						
上記のとおり養育医療の給付を申請します。なお、養育医療の給付に必要な範囲において世帯の所得及び課税状況の公簿による確認を承諾します。 年 月 日 申 請 者 住 所 申 請 者 氏 名 印 本人との続柄 電 話 番 号 千 歳 市 長 様						
申請受付年月日				決定年月日		

注 印欄は、記入しないこと。

本申請に当たり千歳市未熟児養育医療給付に関する規則（平成 2 5 年千歳市規則第 3 号）第 1 0 条第 2 項の規定による公金振替を承諾します。

氏 名 印