

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					
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者住所</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>千歳市長様</p>					
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25年千歳市規則第3号）第10条第2項の規定による公金振替を承諾します。

氏 名

印