

年 月 日

中泊町長 殿

住所  
申請者 氏名 (印)  
本人との続柄

### 養育医療給付申請書

母子保健法第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、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

#### 記

本人	ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	居住地					
扶養義務者	現住所					
	氏名		本人との続柄		職業	
		電話				
居住地						
被保険者証等の 記号及び番号		保険者等の名称				
希望指定養育医療機関の名称及び所在地						
備考						
申請受付年月日		決定年月日				

- 注 1 太枠内には、記入しないこと。  
2 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。  
3 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。