

第 1 号様式（第 4 条関係）

養育医療給付申請書										
本人 (乳児)	ふりがな					性別	生 年 月 日			
	氏 名					男・女	令和 年 月 日			
	個人番号									
	住 所	〒 7 9 2 -								
新居浜市										
		マンション ・アパート名								
医療保険各法の 記号及び番号		記号				番号			枝番	
保険者等の名称										
申請者 (扶養義務者)	氏 名					本人との続柄	父・母			
	個人番号									
	住 所	※児童本人と同一の場合は省略可								
		〒 7 9 2 -								
		マンション ・アパート名								
希望する指定 養育医療機関	名称									
	所在地									
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 新居浜市長</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>連絡先 (携帯電話番号) _____</p>										
申請受付年月日		令和 年 月 日		決定年月日		令和 年 月 日				