

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 氏名				性別	生年月日
					男・女	令和 年 月 日
	個人番号					
	住 所	〒792- 新居浜市				
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 〒792- 新居浜市				
希望する指定養育医療機関	名称					
	所在地					
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。						
令和 年 月 日						
(宛先) 新居浜市長						
申請者氏名 _____						
連絡先 (携帯電話番号) _____ - -						
申請受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日			