

年 月 日

五所川原市長

住 所
申請者 氏 名
本人との続柄

養育医療給付申請書

母子保健法（昭和40年法律第141号）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
	個人番号					
	居住地					
扶養義務者	現住所					
	氏 名		本人との続柄		職業	
	個人番号					
	居住地					
医療保険各法の 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。