

別記様式第2号（第4条、第7条関係）

養育医療給付申請書					
乳 児	ふりがな		男・女	生年	年 月 日
	氏名			月日	
	住所	郵便番号			
	現在地	郵便番号			
扶 養 義 務 者	氏名		乳児との関係		
	住所	郵便番号			
	電話番号				
加入医療保険の 記号および番号					
保険者等の名称					
希望する指定養育医療機 関の名称および所在地					
備 考					
<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 style="text-align: center;">申請者 郵便番号 住所 氏名 乳児との関係 電話番号 年 月 日</p> <p>竜王町長 宛</p>					
<p>養育医療の負担額の算定にあたり、私(本人)および乳児の扶養義務者等の住民税等に関する課税資料を閲覧することに代表して同意します。</p> <p style="text-align: center;">扶養義務者 年 月 日</p> <p>竜王町長 宛</p>					
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

注 「現在地」は現在所在する場所を記入してください。(入院先や帰省先等)