

年 月 日

大槌町長 様

住所  
氏名  
電話番号  
本人との続柄

養育医療給付申請書

母子保健法第20条の規定に基づく養育医療の給付を受けたいので、大槌町養育医療給付実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日生	
	居住地			個人番号		
	現在地					
扶養義務者	氏名		本人との続柄		職業	
	居住地					
	電話番号		個人番号			
保険種別	国保・健保（政府・組合）・船保・共済 その他（ ）					
被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称 （被保険者証の発行機関名）				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地						
備考						