

養育医療給付申請書（初回・転入）

（転入前市町村名： ）

受療者	ふりがな											男・女	生年月日	年 月 日		
	氏名															
	個人番号															
	居住地 (住民票所在地)	〒 ー 須賀川市														
	現在地 (居住地と異なる場合)	〒 ー														
扶養義務者	ふりがな											受療との続柄				
	氏名															
	生年月日	年 月 日										連絡先電話	ー ー			
	個人番号															
	居住地	〒 ー 須賀川市										職業				
	勤務先											連絡先電話	ー ー			
	勤務先所在地															
被保険者等の 記号及び番号		記号	番号	保険者番号												
				保険者等の 名称												
希望する指定 養育医療機関	名称											連絡先電話	ー ー			
	所在地															
上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 年 月 日																
住所 申請者 受療者との続柄 氏名																
須賀川市長																