

様式第 1 号 (第 5 条関係)

養育医療給付 (新規・継続) 申請書						
児	ふりがな 氏名		性別		生年 月日	年 月 日
	居住地 <small>(住民票のある地)</small>	紀宝町			個人 番号	
	現住所					
保護者	氏名		児との 続柄		職業	
	居住地 <small>(住民票のある地)</small>					
	現住所					
被保険者証の 記号及び番号				保険者の名称		
				保険者番号		
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地						
備考						
<p>養育医療意見書、世帯調書を添えて上記のとおり養育医療給付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 児との続柄 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>紀宝町長あて</p>						