

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

西和賀町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ④  
電 話 ( )  
本人との続柄

西和賀町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、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、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	平成 年 月 日生							
	住 所											
	個人番号											
扶 養 義 務 者	氏 名		本人と の続柄		職業							
	住 所											
	個人番号											
保 険 種 別	国保 ・ 健保 （ 協会 ・ 組合 ） ・ 船保 ・ 共済 その他 （ ）											
被保険者証等の 記号及び番号					保険者名							
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在地	名 称											
	住 所											
備 考												