

養育医療給付申請書

本人	氏名(ふりがな)	男・女	生年月日 平成 年 月 日
	氏名		
扶養義務者	住所	大洗町	
	電話番号	(日中連絡がとれる番号をご記入ください)	
	本人との続柄		
	種類	社保・国保・生保	
健康保険証	被保険者証の記号番号	保険者名	
	名称		
指定医療機関	所在地		
	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。 令和 年 月 日 大洗町長 様 申請者 【住所】大洗町 【氏名】 【本人との続柄】		