

様式第 2 号（第 5 条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

申請者 住所
氏名
電話（ ）

養育医療の給付を申請します。

本 人	ふりがな 氏 名		男・女	生年月日 年 月 日	
	住 所			個人番号	
	居住地（住民票の住所と違う場合）				
扶 養 義務者	ふりがな 氏 名		本人との続柄		
	住 所			個人番号	
被保険者 記号及び番号			保険者等 の名称		
希望する指定 養育医療機関	所在地	〒 ー			
	名 称				