

様式第2号（第4条第1項関係）

令和 年 月 日

弘前市長 様

(〒 -)

住 所

申請者 氏 名 ※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

受療者との続柄

(☎ - -)

養育医療給付申請書

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

受療者 (未熟児)	ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年 月日	令和 年 月 日
	居住地					
扶養義務者	現住所					
	氏 名		受療者との 続柄		職業	
	個人番号					
	居住地					
加入保険	記号番号					
	保険者等の 名称					
希望指定養育医療機関の名称及び所在地						
備 考						
申請受付年月日			決定年月日			

注 太枠内には、記入しないでください。

(担当及び提出先：健康子ども部子ども家庭課)