

様式第2号 (第2条関係)

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな		男・女	生年月日	平成 年 月 日	
	氏名					
	住所地 <small>(住民票所在地)</small>	松伏町				
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>					
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	職業		
	氏名					
	居住地					
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地		<input type="checkbox"/> 本人現在地と同じ				
備考						
<p>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。</p> <p>松伏町長 様</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ ④ TEL ()</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄 ()</p>						