

様式第3号(第4条関係)

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所		個人番号			
	現在地					
扶養義務者	氏名		本人との続柄		職業	
	住所		個人番号			
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						
備考						
<p>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項の規定により上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日生</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 電話 ()</p> <p>(宛先) 富山市長</p>						

添付書類

- 1 指定養育医療機関の医師の作成した養育医療意見書
- 2 世帯調書