

様式第1号(第4条関係)

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな 氏名	まきのはら はなこ 牧之原 花子	男(女)	生年月日	平成 25 年 4 月 10 日	
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号 421 - 0422 静岡県牧之原市静波 991 - 1				
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号 -				
扶養 義務者	ふりがな 氏名	まきのはら たろう 牧之原 太郎	本人との 続柄	父	職業	会社員
	居住地	郵便番号 421 - 0422 静岡県牧之原市静波 991 番地 1				
	電話番号	0548 - 23 - 0071				
被保険者証等の 記号及び番号		12345678 123				
保険者等の名称		健康保険組合				
希望する 指定養育 医療機関	名称	牧之原病院				
	所在地	静岡県牧之原市静波 447 番地 1				
備考						
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。 なお、徴収基準額の算定にあたり、扶養義務者の所得を確認することに同意します。						
平成 25 年 4 月 30 日						
申請者 住 所 静岡県牧之原市静波 991 番地 1						
氏 名 牧之原 太郎						
本人との続柄 父						
電話番号 0548 - 23 - 0071						
牧之原市長						