

第1号様式の2（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	令和 年 月 日	
	氏名					
	住所地			個人番号		
	現在地					
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		職業	
	氏名					
	居住地	郵便番号 ー				
	電話番号			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						
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。 また、養育医療の自己負担額の認定に当たり、公簿等を子ども支援課が閲覧することに同意します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 本人との続柄 電話番号 （自署又は記名押印） 志木市福祉事務所長 様						