

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな	しき さやか	男・ ☒	生年月日	令和 〇〇年 〇月〇日	
	氏名	志木 さやか (出生された子ども)				
	住所地	志木市幸町〇-〇-〇				
	現在地	同上				
扶養義務者	ふりがな	しき たろう	本人との続柄	父	職業	会社員
	氏名	志木 太郎				
	居住地	志木市幸町〇-〇-〇		電話	048(400)0000	
被保険者証等の記号及び番号		123・5000		保険者等の名称		しき健康保険組合
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 〇〇年 〇月〇日 申請者 住 所 志木市幸町〇-〇-〇 氏 名 志木 太郎 (自署又は記名押印) 本人との続柄 父 電話番号 048(400)0000 志木市福祉事務所長 様						