

八 代 市 養 育 医 療 給 付 申 請 書					
対 象 児	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女	生年月日 令和 年 月 日
	住 所 地 <small>(住民票所在地)</small>			個人番号	
	現 在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>				
保 護 者	フリガナ 氏 名		本人との 続 柄	父 ・ 母 ・ その他 ()	
	住 所			個人番号	
	電話番号	— —	昼間の連絡先	— —	
被保険者証等の 記号 及び 番号	記 号		番 号		
保険者等の名称					
保 険 者 番 号					
指 定 養 育 医療機関の名称 及 び 所 在 地	名 称				
	所在地				
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>申請者住所 _____</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>あて先 八代市長</p>					
				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 受 付 印 </div>	