

様式第3号

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	ふりがな		本人と の続柄		
	氏名				
	住所		個人 番号		
電話番号					
被保険者の記号及び番号					
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					
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、養育医療の給付に関し、上記世帯の課税情報を閲覧することを承諾します。					
年月日					
申請者住所					
電話番号 氏名 本人との続柄					
(宛先) 所沢市長					

注 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その所在地を記入してください。