

様式第3号（第4条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

（申請先）佐久市長

住 所

氏 名

印

乳児との続柄

連絡先（電話）

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので申請します。

本 人	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
	住 所			
	現 在 地			
扶 養 義 務 者	氏 名			
	個人番号			
	住 所			
世帯の状況 (扶養義務者を除く。)	氏 名	個 人 番 号	本人との続柄	備 考
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				

添付書類 養育医療意見書（様式第4号）