

## 養育医療給付申請書

年 月 日

名護市長 殿

申請者 住 所

氏 名

印

受療者との続柄

連 絡 先

受療者	ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名							
	住所	〒 名護市						
	居住地	(*) 〒						
扶養義務者	氏名			続柄			生年月日	年 月 日
	住所	〒 名護市			勤務先			
加入医療保険		記号・番号	記号			番号		
		保険者名						
希望する指定 養育医療機関								
<p>※同意欄</p> <p>私は、世帯及び税額の分かる情報について、養育医療給付認定の判定に使用することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="margin-left: 200px;">印</span></p>								

(\*) 住所と異なる場合に記載してください。