

長岡市 記載欄	受給者番号							
	診療予定期間	・	・	～	・	・	階層区分	階層

養育医療給付申請書										
本人	ふりがな					生年月日	年	月	日	
	氏名					生年月日	年	月	日	
	住所									
	個人番号									
扶養義務者	ふりがな					生年月日	年	月	日	
	氏名					生年月日	年	月	日	
	住所							本人との 続柄		
	個人番号									
被保険者証等の 記号及び番号						保険者名				
希望する指定養育 医療機関		名称								
		所在地								
<p>別紙の関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>本人との続柄</p> <p>電話番号（自宅） — —</p> <p>（携帯） — —</p> <p>長岡市長 様</p>										