様式第３号（第４条関係）

年　　月　　日

盛　岡　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

本人との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号(自宅)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(その他の連絡先)

養　育　医　療　給　付　申　請　書

　別紙関係書類を添えて、次のとおり養育医療の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本  人 | ふりがな  氏名 |  | | | | 男・女 | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | |
| 居住地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 扶養義務者 | 氏名 |  | | | | | | | | 本人との  続柄 | | |  | | | | 職業 | |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険種別 | | 国保（一般・退職）・国保組合・協会けんぽ・組合健保　　　　　　　共済組合・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の記号  及び番号 | |  | | | | | 保険者等の名称（被保険者証の　　　　　　発行機関名） | | | | | | | |  | | | | | |
| 希望する指定養育  医療機関の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望する指定養育医  療機関の所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（Ａ４）