

様式第3号（第4条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

水戸市長 様

申請者 住 所
氏 名 印
(自署の場合は、押印を省略できます。)
本人との続柄
電話番号

水戸市母子保健法施行細則第4条第1項の規定により、次のとおり養育医療の給付を申請します。

本 人	氏名（ふりがな）	男 女	生年月日 年 月 日	個人番号
	住所 〒 (住民票所在地)			
	現在地 〒			
扶 養 義 務 者	氏名（ふりがな）	本人との続柄	職業	個人番号
	居住地 〒 電話番号	—	—	
被保険者証の記号番号		保険者名		
希 望 指 定 医 療 機 関	名称			
	所在地			
添付書類 養育医療意見書 世帯調書				
※備考				

※印の欄は、記入しないでください。