

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  
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）<br>男<br>女 | 生年月日<br>年 月 日 |    | 個人番号 |
|                      | 住所 〒<br>（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 〒<br>電話番号 — —  |               |    |      |
| 被保険者記号・番号            |                    | 保険者名          |    |      |
| 希望指定医療機関             | 名称                 |               |    |      |
|                      | 所在地                |               |    |      |
| 添付書類<br>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。