

記入例

様式第 3 号（第 4 条関係）

養育医療給付申請書

日付は未記入で。

年 月 日

水戸市長 様

申請者

扶養義務者と同一
(本人の保険証上の被保険者)

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。

入院中の病院	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 — —					
被保険者記号・番号			保険者名			
入院中の病院	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。