

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 住 所
氏 名
本人との続柄
電話番号

扶養義務者と同一（本人の医療保険の被保険者＝医療保険の代表者）

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	— —			
入院中の病院	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 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。