

第6号様式

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年 月日		年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号		個人 番号		
	現住地 (住所地と異なる場合)	郵便番号				
扶養義務者	ふりがな 氏名				本人との続柄	
	居住地	郵便番号				
	電話番号		個人番号			
医療保険各法の 記号及び番号						
保険者等の名称						
希望する指定養育 医療機関の名称及び所在地 (所在地は本人所在地と同じ場合は省略可能)						
備考						
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。                  ※申請にあたり、本書及び養育医療意見書をお子様の健診を担当する台東保健所及び浅草保健相談センターに提供することに同意します。</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者住所                      郵便番号</p> <p style="margin-left: 40px;">本人との続柄</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者氏名</p> <p style="margin-left: 40px;">電話番号</p> <p style="margin-left: 40px;">年            月            日</p> <p style="margin-left: 100px;">台東区長 殿</p>						
申請受付年月日				決定年月日		