

養育医療給付申請書						
乳児	ふりがな氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日	
	居住地	函館市 (電話)				
	現在地					
	個人番号					
扶養義務者	氏名		乳児との続柄		職業	
	居住地	函館市				
	個人番号					
医療保険各法による記号および番号			保険者等の名称			
希望する指定養育医療機関の名称および所在地						
備考						
上記のとおり関係書類を添えて養育医療の給付を申請します。 令和 年 月 日 住所 函館市 申請者 氏名 乳児との続柄 函館市長						
申請受付年月日			決定年月日			