江第	3号																	
					養	育	医	療	給	付	申	請	書					
	ふり が		な								ı <i>1</i>	, .	ti.	<del></del>	A = .	<i></i>		1
本	氏		名							<u>劣</u>   	• 7	艾	生?	年月日	令和	年	月	日
人	居	住	〒															
	現	在	地	₹														
扶養美	ふ	りが	な											本人と				
	氏 名			の続柄														
扶養義務者	居	住	地	₹									電話	(		)		
被保険者証等の					IT DA He hale - to et													
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																		
備考																		
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。																		
		4	丰	月		日												
申請者 住 所 〒																		
							氏	名	(É	署	又は	:記名)						

本人との続柄

(あて先) 川口市長