

別記様式第2号（第3条関係）

厚岸町養育医療給付申請書

年 月 日

厚岸町長 様

(申請者)住 所  
氏 名  
本人との続柄  
生年月日

厚岸町母子保健法施行細則第3条の規定により、養育医療を受けたいので、次のとおり申請します。

本人	(ふりがな) 氏 名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
	居住地				個人 番号	
	現在地					
保護者	氏 名		本人と の続柄		職業	
	住 所	〒 ー				
	電話番号		個人 番号			
被保険者証等の 記号及び番号			保険の種類	協会・健保・国保・共済 生保・その他( )		
希望する指定 養育医療機関の名称 及び住所地						
備 考						