

様式第2号（第3条関係）

養育医療給付申請書						
対象児	フリガナ 氏名		性別		生年 月日	年 月 日
	個人番号					
	居住地	伊勢市				
	現在地					
保護者	氏名		対象児との 続柄		職業	
	個人番号					
	居住地					
被保険者の 記号及び番号			保険者の名称			
			保険者番号			
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地						
備考						
<p>養育医療意見書及び世帯調書を添えて上記のとおり養育医療給付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 ㊟ 対象児との続柄 電話番号（携帯等）</p> <p style="text-align: left;">（宛先）伊勢市長</p>						

※ 養育医療給付事業の利用に当たり、当該事業の費用負担の算定に関して、寡婦又は寡夫のみなし適用を受けたい場合は、裏面を記入して下さい。

