

(様式第2号)

須坂市養育医療給付申請書

乳 児	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	居 住 地		個 人 番 号		
扶 養 義 務 者	氏 名		乳児との 続柄		
	居 住 地		個 人 番 号		
被保険者証等の 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					
備 考 欄					
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。					
年 月 日					
(あて先) 須 坂 市 長					
申請者住所					
申請者氏名					
(電話番号 - - )					

※添付書類 養育医療意見書(様式第3号)・世帯調書(様式第4号)・市町村民税額等を証明する書類

市記載欄	受給者番号		診療予定期間	・ ・ ~ ・ ・
	市町村民税額		階 層 区 分	階 層
			徴収基準月額	円