様式第２号（第３条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書

年　　月　　日

（宛先）旭川市長

申請者
住　　所
氏　　名
本人との続柄
生 年 月 日

養育医療の給付を受けたいので，次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">本人</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>生年
月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>個 人 番 号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>居 住 地</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td>現 在 地</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">保護者</td><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td><td>本人との続柄</td><td></td><td>職 業</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>個 人 番 号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="12">〒　　－
電話　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証等の記号及び番号</td><td colspan="4"></td><td>保険者等の名称</td><td colspan="5">協会　健保　国保　共済
生保　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する指定養育医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="11"></td></tr>
</table>

番号確認書類　　□番号通知カード　/　マイナンバーカード
身元確認書類　　□運転免許証　/　その他（　　，　　）
代理権確認書類　□健康保険者証　/　委任状　/　その他（　　）