別記第３号様式（第６条関係）

養　育　医　療　給　付　申　請　書

乳児	ふりがな 氏　　名		性別	男・女	生年月日	年　　月　　日
	居　住　地	函館市 （電話　　）				
	現　住　所					
	個人番号					
扶養義務者	氏　　名		乳児との続　　柄		職業	
	居　住　地	函館市				
	個人番号					
被保険者証等の記号および番号			保険者等の名称			
希望する指定養育医療機関の所在地および名称						
備　　考						

上記のとおり関係書類を添えて養育医療の給付を申請します。

年　　月　　日

住　所　函館市

申請者

氏　名

乳児との続柄

函館市長　様

申請受付年月日		決定年月日	

※本人確認済　運転免許証・マイナンバーカード・その他（　　）　確認者（　　）