

記入例

関係)						
診療予定期間	・	・	～	・	・	階層区分
						階層

養育医療給付申請書

本人	ふりがな	ながおか はなこ	生年月日	令和8年4月1日		
	氏名	長岡 花子				
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10			お子様の情報	
	個人番号	987654321012				
扶養義務者	ふりがな	ながおか たろう	生年月日	平成3年4月1日		
	氏名	長岡 太郎				
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10	本人との続柄	父		
	個人番号	123456789101				
医療保険各法の記号及び番号	長岡0123456789 03		保険者名	長岡市		
希望する指定養育医療機関	名称	長岡〇〇病院				
	所在地	長岡市〇〇町〇丁目〇〇〇番地〇				
別紙の関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。						
令和8年 4月 10日						
<p>申請者住所 長岡市大手通1丁目4番地10</p> <p>申請者氏名 長岡 太郎</p> <p style="text-align: right;">保護者様の情報</p> <p>本人との続柄 父</p> <p>電話番号 (自宅) 0258-39-2319</p> <p style="text-align: right;">(携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p>長岡市長 様</p>						