# 養　育　医　療　給　付　申　請　書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 本人 | ふりがな<br>氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 住所地<br>（住民票所在地） | 郵便番号 | | 個人番号 | |
| | 現在地<br>（住所地と異なる場合） | 郵便番号 | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな<br>氏名 | | 本人との続柄 | | |
| | 居住地 | 郵便番号 | | | |
| | 電話番号 | | 個人番号 | | |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | | | | |
| 被保険者等の名称 | | | | | |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地<br>（所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能） | | | | | |
| 備考 | | | | | |

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。

申請者住所　（郵便番号：　－　）

申請者氏名

電話番号（　－　－　）

本人との続柄（　）

年　月　日

内灘町長

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請受付年月日 | | 決定年月日 | |

記載上の注意

- 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- 「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。