

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	〒		個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人と の続柄		
	居 住 地	〒			
	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 (所在地は本人現在地と 同じ場合は省略可能)					
備 考					
<p>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。</p> <p style="margin-left: 200px;">申請者住所 本人との続柄 申請者氏名 (自署又は記名押印)</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">(あて先) 橋本市長</p>					
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。
- ・「現住所」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」の欄は、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。