|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付申請書 | | | | | | | | | |
|  | ふりがな |  | 男･女 | | | 生年月日 | | 年月日 | |
| 氏名 |
| 本人 | 住所地  (住民票所在地) | 郵便番号 | | | | 個人番号 | |  | |
|  | 現在地  (住所地と異なる場合) | 郵便番号 | | | | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな |  | | 本人との続柄 | |  | | | |
| 氏名 |
| 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 | |  | | | | | | | |
| (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  （本人との続柄）  （申請者氏名）  自署もしくは記名押印  （電話番号）  年月日  御代田町長　　　様 | | | | | | | | | |
| 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。