

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 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号		個人番号	
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな氏名		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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
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>(申請者住所) 郵便番号</p> <p>(本人との続柄)</p> <p>(申請者氏名) 自署もしくは記名押印</p> <p>(電話番号)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">御代田町長 様</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。