|  |
| --- |
| 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）（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。