

様式第1号（第5条関係）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日
	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 氏名		本人との続柄		
	居 住 地	郵便番号			
	電 話 番 号		個人番号		
医療保険各法の記号及び番号		記号 番号			
保 険 者 名					
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</p> <p>電 話 番 号</p> <p>令 和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">西 原 町 長 殿</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。