

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
	個人番号											
	居住地	(—)										
	現在地 (居住地と異なる場合)	(—)										
扶養義務者	ふりがな 氏名					本人との 続柄				職　業		
	個人番号											
	居住地	(—)										
医療保険各法の 記号及び番号								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		(本人現在地と同じ場合は、省略可)										
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： — ） 申請者氏名 電話番号（ — ） 本人との続柄 年 月 日 益　田　市　長 様												
申請受付年月日							決定年月日					

- ・「居住地」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。