

様式第 1 号

養育医療給付申請書					
本人	フリガナ 氏 名		男・女	生年 月 日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	〒		個人 番号	
	現 住 所 地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養 義務 者	フリガナ 氏 名		本人との続柄		
	居 住 地	〒			
	電 話 番 号		個 人 番 号		
被保険者証等の 記号及び番号		記 号		番 号	
保険者等の名称		保険者番号		名 称	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地		名 称			
		所在地			
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。 洲 本 市 長 様 年 月 日 〒 申請者住所..... 申請者氏名.....^印 (自署もしくは記名押印) 電 話 番 号.....					

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。