

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
	住所地 (住民票所在地)	〒		個人 番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養 義務 者	ふりがな 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					
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					
<p>別添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 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">瀬戸内市長 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