|  |
| --- |
| 養　育　医　療　給　付　申　請　書 |
| 本　人 | 　　 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　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 | 　 |  | 本人との続柄 |  |
| 居　住　地 | 郵便番号 |
| 電話番号 |  | 個人番号 |  |
| 被保険者証等の　　記号および番号 |  |
| 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 |  |
| 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（自署もしくは記名押印）電話番号　　　年　　　月　　　日長洲町長　　　　　　　　　　　　　殿 |
| 申請受付年月日 |  | 決定年月日 |  |

別記第１号様式（第５条関係）

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場合は、その住所を記入してください。

「居住地」の欄は、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。