|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。