様式第１号（第3条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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） | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 扶養義務者 | ふりがな  氏　　　名 |  | | | | | | | 本人との  続柄 | | | |  | | | | |
| 居　住　地 | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 電 話 番 号 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の  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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  申請者氏名  本人との続柄  電話番号    年　　　月　　　日  宇 美 町 長　　　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  　・「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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |