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。 |