|  |
| --- |
| 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） | 郵便番号鳥取県八頭郡八頭町 | 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 | ふりがな氏名 |  |  本人との 続 柄 |  |
| 居住地 | 郵便番号（電話） | 個人番号 |  |
| 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。※なお、第６条に伴う町民税の課税状況、又は生活保護受給の有無について、申請者本人にかわり養育医療担当者が八頭町税務課、又は八頭町福祉課へ確認することに**同意します・同意しません** 申請者住所　　　　　　　　　　　　　　　（電話） 本人との続柄 申請者氏名  　　年 月 日 八頭町長　　　　　　　　　様 |
| 申請受付年月日 |  | 交付決定年月日 |  |

記載上の注意

様式第２号（第６条関係）

・｢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してください。

・給付の決定がされた場合は、決定の内容が指定養育医療機関へ通知されますので、あらかじめ御了承ください。