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