

# 養育医療給付申請書

本人	ふりがな				
	氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	〒		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏名				
	居住地	〒			
	電話番号		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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
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。

令和 年 月 日

申請者住所 〒

申請者氏名  
(自署もしくは記名押印)

本人との続柄 ( )

電話番号 ( ) -

(あて先) 小矢部市長

**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。