

様式第1号（第2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
	居住地	〒		個人番号	
	現在地 <small>（居住地と異なる場合）</small>	〒			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	居住地	〒			
	電話番号		個人番号		
医療保険各法の記号及び番号					
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					
<p>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。</p> <p>申請者住所 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名（自署もしくは記名押印）</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">七ヶ浜町長 殿</p>					
申請受付年月日		決定年月日			

記載上の注意

- ・「居住地」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。