

(様式第1号)

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 (住民票住所地)	郵便番号		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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
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。 なお、決定に当たっては、課税資料の閲覧に同意します。</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 申請者住所</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: right;">ふりがな 申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">八幡浜市長 様</p>					
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。

「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。