

養 育 医 療 給 付 申 請 書						
本 人	氏 名 ふ り が な		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	氏 名 ふ り が な		本人との 続柄			
	居 住 地	〒				
	電 話 番 号		個人番号			
加入保険の記号及び番号						
被 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						
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。 申 請 者 住 所 〒 本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名 (自署もしくは記名押印) 電 話 番 号 年 月 日 入善町長 殿						
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。