

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)	〒			
	現在地 (住所と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	居住地	〒			
	電話番号				
被保険者証等の記号及び番号					
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					
備考					
<p>別添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、本申請に係る自己負担額認定にあたり、私の世帯の税務資料の閲覧について承諾します。</p> <p>申請者住所 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">関ヶ原町長 西脇康世 様</p>					

記載上の注意

- ・「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。
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、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。