

様式第3号(第5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
	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 氏 名		本人との 続柄		
	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 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、費用負担区分認定のため、住民基本台帳、世帯の課税台帳等を閲覧することに同意します。</p> <p>申 請 者 住 所 〒</p> <p>申 請 者 氏 名 (自署もしくは記名押印)</p> <p>本人との続柄</p> <p>電 話 番 号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">赤 磐 市 長 殿</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。