

様式第2号（第3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 (住民票所在地)	郵便番号		個人番号		
	現 在 地 (居住地と異なる場合)	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						
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。 年 月 日 申請者住所 郵便番号 電 話 番 号 申請者署名 本人との続柄 美深町長 様						
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。