

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	個人番号				
	居住地	〒			
	現在地 (居住地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな		本人との 続 柄		
	氏 名				
	個人番号				
	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の 名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
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。</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 住 所</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 氏 名 印 (自署もしくは記名押印)</p> <p style="text-align: center;">本 人 と の 続 柄</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">美波町長 様</p>					

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。