

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	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。 郵便番号 申請者住所 (電話) 本人との続柄 申請者氏名 印 平成 年 月 日 北栄町長 様					
申請受付年月日			交付決定年月日		

- ※ 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。
- ※ 給付の決定がされた場合は、決定の内容が指定養育医療機関へ通知されますので、あらかじめ御了承ください。
- ※ 「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、