

様式第1号(第4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	令和 年 月 日生
	居住地	〒			
	現在地 (居住地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	居住地	〒			
	電話番号				
被保険者証の記号及び番号					
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					
<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>申請者住所 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 (自署もしくは記名押印) _____</p> <p>電話番号</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大宜味村長 殿</p>					
申請受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 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。