

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	きたじま ちゆりこ 北島 チュリ子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	令和6年12月●日
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号 771-0203 北島町中村字上地23-1		個人 番号	●●●●●●●●●●●●●●
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏名	きたじま ひょうたんまる 北島 ひょうたん丸	本人との 続柄	父	
	居 住 地	郵便番号 同上			
	電 話 番 号	088-698-8909	個人番号	●●●●●●●●●●●●●●	
医療保険各法による 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)		●●病院 ○○市□□町△丁目△			
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。					
申 請 者 住 所		郵便番号 771-0203 北島町中村字上地23-1			
本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名		父 北島 ひょうたん丸			
電 話 番 号 年 月 日		088-698-8909			
				北島町長 宛	
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。