

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	年 月 日
	住 所 地 (住 民 票 所 在 地)	郵便番号		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		本人との 続柄		
	居 住 地	郵便番号			
	電 話 番 号		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)					
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 郵便番号</p> <p>本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名</p> <p>電 話 番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">北島町長 宛</p>					
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。