

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 辰野町長

申請者 住 所
(扶養義務者)
氏 名

本人との続柄

電話番号 (— —)

別紙関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。

記

本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所 地 (住民票所在地)	(〒 —)	個人 番号					
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	(〒 —)						
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	居 住 地	(〒 —)	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	所在地 (本人現在地 と同じ場合は 省略可能)	(〒 —)						
	名 称							
備 考								

- (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。
 - ・「所在地」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」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省している場合は帰省先等を記入してください。

- (添付書類)
- ・養育医療意見書 (様式第2号)
 - ・世帯調書兼個人番号の利用による地方税関係情報の取得に係る同意書 (様式第3号)

申請受付年月日		決定年月日	
---------	--	-------	--