

様式第1号（第5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)		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 氏名		本 人 の 続 柄	
	居住地			
	電話番号		個人 番号	
被保険者証等の記号及び 番号				
被保険者等の名称				
希望する指定養育医療機 関の名称及び所在地 (所在地は本人現住所と 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。 申請者 住所 氏名（自署もしくは記名押印） 本人との続柄 電話番号 年 月 日 三次市長 様				

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」の欄は、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。

(裏面へ)

世 帯 調 書				※認 定 (記入しないこと。)		階層区分	
						徴 収 基 準 月 額 円	
未 熟 児 等 の 属 す る 世 帯 構 成	世帯構成員名	未熟児 等との 続柄	性 別	生 年 月 日	階 層 区 分	所得割額	備 考
世帯外扶養義務者 (郵便番号)							
(住 所)							
(氏 名)							