

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
	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		本人との続柄			
	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 (所在地は本人現在地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 〒 - 本人との続柄 申請者氏名 電話番号 令和 年 月 日 福崎町長 様						
申請受付年月日			決定年月日			

記入上の注意

- ・「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。