

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)	郵便番号			
	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	郵便番号			
	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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
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>なお、必要に応じ課税資料及び住民票等の公簿による確認を行うことに了承します。</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄 申請者氏名（自署もしくは記名押印）</p> <p>電話番号 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">厚真町長 様</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等を記入してください。