

様式第 1 号

養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	氏 名 <small>ふり がな</small>		男・女	生年月日	年 月 日
	居 住 地	郵便番号		個人番号	
	現 在 地	郵便番号			
扶 養 義 務 者	氏 名 <small>ふり がな</small>		本人との 続 柄		
	居 住 地	郵便番号 (電話)		個人番号	
被保険者証等の 記号及び番号		記号 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 style="text-align: center;">申請者 住 所 郵便番号 (電話)</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">境港市長 様</p>					
申請受付年月日		交付決定年月日			

※給付の決定がされた場合は、決定の内容が指定養育医療機関へ通知されますので、あらかじめ御了承ください。

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。
- ・申請者の「氏名」欄は、自署もしくは記名押印してください。