

様式第2号(第3条関係)

養育医療給付申請書					
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	個人番号	
	氏名				
	居住地	〒		個人番号	
	電話番号				
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>母子保健法施行規則第9条の規定により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。 なお、当該申請に係る審査のため、本人及び扶養義務者、世帯員等の住民基本台帳、課税台帳、福祉医療費 台帳等について調査、照会することに同意します。 また、本申請に関する情報を上記医療機関に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p>申請者住所 _____ 本人との続柄 _____ 申請者氏名 _____ 電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">美浜町長 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」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。