様式第１号（第４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 | |
| 居　 住　 地 | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 現　 在　 地  （居住地と異なる場合） | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 扶養義務者 | ふ　り　が　な  氏　　　　名 |  | | 本人との  続柄 | | |  | | |
| 居　 住　 地 | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 電 話 番 号 |  | | | | | | | |
| 被保険者証等の  記号番号 | | 記号 | | | 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 | |  | | | | | | | |
| 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　　　〒　　　－  　　（保　護　者）  　　　本人との続柄  　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　印  　　　電話番号  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　基山町長　　　　　様 | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | |  | 決定年月日 | | | | | |  |

記載上の注意

・「居住地」の欄は、住民票上の住所を記載してください。

・「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。