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。