

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
	個人番号				
	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)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	個人番号				
	居住地	郵便番号			
	電話番号				
被保険者証等の記号及び番号					
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 <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、本申請に係る自己負担額認定にあたり、私の世帯の税務資料の閲覧について承諾します。</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者 住所</p> <p style="margin-left: 80px;">本人との続柄</p> <p style="margin-left: 80px;">氏名</p> <p style="margin-left: 80px;">電話番号</p> <p style="margin-left: 120px;">年 月 日</p> <p>(あて先) 羽島市長</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。