

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)	郵便番号		個人番号	
	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		本人との続柄		
	氏 名				
	居 住 地	郵便番号			
	電 話 番 号		個人番号		
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>養育医療の給付を受けたいので、別紙、関係書類を添えて上記のとおり申請します。</p> <p>また、養育医療費の給付の算定に必要な私の世帯の町民税課税状況を、確認することを承諾します。</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者 郵便番号 住所</p> <p style="margin-left: 80px;">電話番号 本人との続柄 申請者氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">Ⓜ</p> <p style="margin-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 20px;">中種子町長 殿</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には、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。帰省等している場所は、帰省先等を記入してください。