

(様式第1号)

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
	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) 氏名		本人との 続柄	職業	
	居住地			個人番号	
被保険者証等の記号及び番号					
被保険者証等の名称					
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(〒 -)				
	本人との続柄				
	氏名 印				
	電話番号				
	年 月 日				
	上板町長 殿				
申請書受付年月日		決定年月日			

記載上の注意

- ・氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
- ・「住所地」は、住民票上の住所。
- ・「現在地」は、現在所在する場所。病院に入院しているときはその住所。
- ・「居住地」現在居住している住所。帰省している場合は帰省先等。