

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)	〒636- 奈良県 生駒郡 三郷町			
	現 在 地 (住所地と異なる場合)		個人番号		
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人との 続柄		
	居 住 地	〒			
	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 (所在地は本人現在地と同じ 場合は省略可能)					
備 考					
<p>別添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>申請者住所 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名(自署もしくは記名押印)</p> <p>電 話 番 号</p> <p>年 月 日</p> <p>三 郷 町 長 森 宏 範 殿</p>					
申請受付年月日		決 定 年 月 日			

記入上の注意

- ・「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」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、帰省先を記入してください。