

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 様</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。