

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				
	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(所在地は本人の現在地と同じ場合は省略可能)		医療機関名 所在地					
備 考		申請時に添付が必要な書類 (1) 養育医療意見書 (2) 同意書 (3) 健康保険等「被保険者証」の写し					
<p>木島平村長 様</p> <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>年 月 日</p> <p>申請者住所 電話番号 ()</p> <p>申請者氏名 印</p> <p>本人との続柄</p>							

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」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。