

養育医療給付申請書

年 月 日

杉戸町長 あて

申請者 住 所 〒

氏 名 ㊟

電話番号

本人との続柄

養育医療の給付を受けたいので、別紙関係書類を添えて次のとおり申請します。

本 人	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
	住 所 地 <small>(住民票所在地)</small>	〒		個人 番号	
	現 在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	〒			
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					
被保険者等の名称					
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					
子育て支援課受理日		年 月 日	健康支援課受理日		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（入院している指定養育医療機関の住所）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の住所を記入してください。