

養育医療給付申請書											
受給者番号								※宛名コード			
個人番号											
対象となる乳児	フリガナ							男・女	生年		
	氏名								月日		
	住所地 (住民票所在地)			檜原市							
	現在地 (住所地と異なる場合)										
扶養義務者	フリガナ							乳児との 続柄			
	氏名										
	住所地 (住民票所在地)										
	現在地 (住所地と異なる場合)										
	電話番号			— —				※宛名コード			
	個人番号										
加入医療保険	記号							番号			
	保険者の名称等										
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地											
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 style="text-align: center;">申請者住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">生年月日 _____</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(あて先) 檜原市長</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。ただし、指定養育医療期間に入院している場合は記入の必要はありません。
- ・「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。
- ・※印の欄は記入しないでください。