

様式第1号(第3条関係)

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 月日			
	氏 名												
	住 所 地 (住民票所在地)	樺原市											
	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													
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。 申請者住所 氏名 生年月日 本人との続柄 電話番号 年 月 日 (あて先) 樺原市長													
※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。