

養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	氏 ふ り が な 名		男・女	生年 月 日	
	住 所 地 (住 民 票 所 在 地)			個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)				
扶 養 義 務 者	氏 ふ り が な 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 記 号 及 び 番 号				番 号	
保 険 者 等 の 名 称					
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)		名称 所在地			
備 考					
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。 養育医療の給付決定のため、私の世帯に係る収入の状況及び住民税、所得税等の確認ができる 関係資料を税務保険課が閲覧することを同意いたします。 申 請 者 住 所 郵便番号 本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名 (自署もしくは記名押印) 電 話 番 号 年 月 日 鞍手町長 殿					
申 請 受 付 年 月 日			決 定 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等を記入してください。