

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女 単・双・三	生年 月日	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	ふりがな 氏名		本人との 続柄		
	居 住 地	〒		個人 番号	
被保険者証等の 記号及び番号			被保険者 氏名		
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>		名 称			
		所在地			
備 考					
<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。 なお、決定にあたっては課税資料の閲覧に同意します。</p> <p style="text-align: center;">住所 〒</p> <p>申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</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 裾野市長 様</p>					
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。