様式第３号（第４条関係）

|  |
| --- |
| 養育医療給付申請書 |
| 本人 | ふりがな氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 単・双・三 |
| 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（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。なお、決定にあたっては課税資料の閲覧に同意します。　　　　　　　　　　住所　〒申請者　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　　　　　（電話番号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　裾野市長　　様 |
| 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。