

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
	住所地	(住民票所在地) 郵便番号			個人番号
	現在地	(住所地と異なる場合) 郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名			本人との 続柄	
	居住地	郵便番号			
	電話番号				
被保険者証の 記号及び番号					
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)			
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。</p> <p>&lt;申請者&gt;                  郵便番号                  住所                  氏名 <span style="float: right;">㊟</span>                  本人との続柄                  電話番号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">琴浦町長 様</p>					
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

記載上の注意

- ・「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」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。