

様式第1号（第2条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		性別	男・女	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		生年月日	年 月 日
	居住地	〒				
	電話番号			個人番号		
被保険者証等の記号及び番号						
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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>						
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>年 月 日</p> <p>申請者住所 〒</p> <p>申請者氏名 ㊟</p> <p>本人との続柄 ()</p> <p>電話番号</p> <p>高岡市長 あて</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」の欄は、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。