様式第１号

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	令和　　年　　月　　日	
	住所地 （住民票所在地）	(郵便番号：　　－　　)			個人番号	
	現在地 （居住地と異なる場合）	(郵便番号：　　－　　)				
扶養義務者	氏名		本人との続柄		個人番号	
	居住地	(郵便番号：　　－　　) 電話番号（　　-　　-　　）				
医療保険各法の記号および番号			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						

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、徴収基準額を決定するため、私の世帯に対して、市民税課税台帳等により確認されることを承諾します。

申請者住所　（郵便番号：　　－　　）

申請者氏名

電話番号（　　－　　－　　）

本人との続柄（　　）

令和　　年　　月　　日

浜田市長　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」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等を記入してください。