

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
	居住地	(郵便番号： -)			個人 番号	
	現 在 地 <small>(居住地と異なる場合)</small>	(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 (- -)	
被保険者証等の 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 <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。 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。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 (郵便番号： -)</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 (- -)</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">浜 田 市 長 様</p>						
申請受付年月日				決定年月日		

記載上の注意

- ・「居住地」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。