

養育医療給付申請書

本人	ふりがな氏名	はまだ はなこ 浜田 花子	男・女	生年 月日	令和 ××年××月××日						
	居住地	(郵便番号: 697 - ××××) 浜田市〇〇町△△番地			個人 番号	×	×	×	×	×	×
	現在地 (居住地と異なる場合)	(郵便番号: 69× - ××××) 出雲市〇〇町△△番地									
扶養義務者	氏名	浜田 一郎	本人との 続柄	父	個人 番号	×	×	×	×	×	×
	居住地	(郵便番号: 697 - ××××) 浜田市〇〇町△△番地 電話番号 (0855 - 2× - ××××)									
被保険者証等の 記号および番号		1× 23×× (0×)	保険者等 の名称	全国健康保険協会 △△支部							
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)		□□医療センター 〇〇市△△町××番地									
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、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: 697 - ××××)

申請者氏名 浜田 一郎

電話番号 (0855 - 2× - ××××)

本人との続柄 (父)

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

- 「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。