様式第３号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 養 育 医 療 給 付 申 請 書 |
| 児 | 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 |  | 児との続　柄 |  |
| 居　住　地 | 郵便番号 |
| 電話番号 |  | 個人番号 |  |
| 被保険者証等の記号および番号 |  |
| 被保険者等の名称 |  |
| 希望する指定養育医療機関の名称および所在地（所在地は児の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。年　　　月　　　日申請者　住　　所　　郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児との続柄氏　　名　電話番号米　原　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。