別記様式第１号（第５条、第９条関係）

養　育　医　療　給　付　申　請　書

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年　月　日
	住所地 （住民票所在地）	〒		個人番号	
	現住地 （住所地と異なる場合）	□下記医療機関に同じ			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	居住地	〒			
	電話番号		個人番号		
被保険者証等の記号及び番号		記号　　番号			
保険者の名称					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
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。

申請者住所　　〒

本人との続柄
申請者氏名（自署もしくは記名押印）

電話番号

年　月　日

美祢市長　　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、帰省先を記入してください。

添付書類

１　養育医療給付意見書（別記様式２号）
２　世帯調書（別記様式第３号）
３　本人の扶養義務者の前年分の所得税又は前年度分の市町村民税の課税額を証する書類