

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)	<input type="checkbox"/> 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				
<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。</p> <p>申請者住所 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名（自署もしくは記名押印）</p> <p>電 話 番 号</p> <p style="padding-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; padding-right: 100px;">美祢市長 様</p>				
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市町村民税の課税額を証する書類