

様式第1号(第3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 (住民票の所在地)	〒		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			
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			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		(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)			
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>(郵便番号            -            )</p> <p>申請者住所</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名</p> <p>(自署もしくは記名押印)</p> <p>電話番号</p> <p>年        月        日</p> <p>能代市長 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」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。

※必ず申請者が記入してください。

記入例

養育医療給付申請書				
本人	ふりがな 氏名	のしろ はなこ 能代 花子	男・女 男	生年月日 平成28年 1月 2日
	住所地 (住民票の所在地)	〒016-0157 能代市字腹鞆ノ沢19-3	個人 番号	1234 5678 9012
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒016-0014 能代市落合字上前田地内	※病院の住所(入院中の申請のため)	
扶養義務者	ふりがな 氏名	のしろ こうこ 能代 康子	本人との 続柄	母
	居住地	〒016-0157 能代市字腹鞆ノ沢19-3		
	電話番号	※携帯電話可(日中連絡がとれる番号) 090-5555-5555	個人番号	9876 5432 1098
被保険者証等の 記号及び番号	111 1234567	保険者等 の名称	〇〇共済組合〇〇支部	
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在地	能代厚生医療センター (所在地は本人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。 (郵便番号 016-0157 ) 申請者住所 能代市字腹鞆ノ沢19-3 本人との続柄 母 申請者氏名 能代 康子 (印) (自署もしくは記名押印) 電話番号 090-5555-5555 平成28年 1月15日 ※退院日より前の日付にしてください 能代市長 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」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。