

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名			個人番号	
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号			
	現所在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな		本人との 続柄		
	氏名				
	居住地	郵便番号			
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 <small>(所在地は本人現所在地と同じ場合は省略可能)</small>					
公簿等確認への同意		世帯調書に記載のある扶養義務者の課税状況等について、公簿等によって確認することに同意します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">氏名</div>			
<p style="text-align: center;">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 -)</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">湯 沢 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。
- ・「現所在地」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。