

様式第2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		本人との 続柄			
	居 住 地	郵便番号				
	電 話 番 号		個人番号			
被保険者証等の 記号及び番号						
被保険者等の名称						
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>						
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 郵便番号</p> <p>本人との続柄 申 請 者 氏 名</p> <p>電 話 番 号 年 月 日</p> <p>砺波市長 あて</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。