|  |
| --- |
| 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（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。　　　申請者住所　　郵便番号　　　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　一戸町長 　 　　　　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。