

第3号様式（第4条関係）

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				
	住 所 地 (住 民 票 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		本人との続柄		
	氏 名				
	居 住 地	〒 -			
	電 話 番 号		個人番号		
医 療 保 険 各 法 に よ る 記 号 及 び 番 号					
保 険 者 等 の 名 称					
希望する指定療育医療 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					
上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者住所 〒 - 本人との続柄 申請者氏名 電 話 番 号 白 河 市 長					
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時は、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。