

公費負担者 番号								有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
受給者番号								交付年月日	年 月 日
養育医療給付申請書									
乳 児	ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日		
	氏 名						年 月 日		
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号			(電話)			個人番号	
	現 在 地 (住所地と異なる 場合)	郵便番号							
保 護 者	氏 名				続柄				
	居 住 地	郵便番号			(電話)			個人番号	
医療保険各法の 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)									
<p>養育医療の給付を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者の住所 郵便番号</p> <p style="text-align: right;">乳児との続柄</p> <p style="text-align: right;">申請者の氏名</p> <p style="text-align: right;">電話</p> <p>佐野市長 様</p>									

備考

- 1 太枠の中を記入してください。
- 2 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 3 「現在地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。病院等に入院しているときは、その所在地を記入してください。
- 4 「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省している場合は、帰省先等を記入してください。