

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)	〒			
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	個 人 番 号				
	居 住 地	〒			
	電 話 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					
<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 〒</p> <p>申 請 者 氏 名</p> <p>(自署又は記名押印)</p> <p>電 話 番 号</p> <p>本 人 と の 続 柄</p> <p>年 月 日</p> <p>倉 吉 市 長 様</p>					
申請受付年月日				決定年月日	

記載上の注意

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「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。
- 3 「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。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。