

様式第1号

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	
	現所在地 (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					
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</p> <p>申請者氏名 (自署もしくは記名押印)</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">大山町長 様</p>					
申請受付年月日		交付決定年月日			

記載上の注意

- ・「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現所在地」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。