

様式第1号（第4条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書									
本 人	ふ り が な					性別	男・女		
	氏 名								
	生 年 月 日	年 月 日	個人番号						
	現 住 所 (住民票所在地)	郵便番号							
	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					本人との 続柄			
	氏 名								
	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 (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。 また、本申請に関する情報（個人番号を除く。）を、上記医療機関に照会・提供することに同意します。 申請者住所 郵便番号 申請者氏名 本人との続柄 電 話 番 号 年 月 日 舟橋村長 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」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。