

様式第1号（第4条関係）

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
	居住地	(郵便番号： -)		個人番号		
	現在地 (居住地と異なる場合)	(郵便番号： -)				
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		職業	
	居住地	(郵便番号： -)				電話番号 (- -)
被保険者証等の記号および番号			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。 養育医療給付の決定のため、私及び同一世帯のもの並びに世帯外扶養義務者の市民税額等の調査を行うことに同意します。</p> <p>申請者住所 (郵便番号： -)</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号 (- -)</p> <p>本人との続柄</p> <p>年 月 日</p> <p>江津市長 様</p>						
申請受付年月日		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。