

様式第 1 号（第 6 条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書						
乳児	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 森町		個 人 番 号		
	現在地 (現住地と異なる場合)	郵便番号				
扶養 義務 者	ふりがな 氏 名		乳児との続き柄			職業
	居住地	郵便番号 森町		個 人 番 号		
	電話番号					
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）						
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。 年 月 日 申請者 住所 郵便番号 森町 森町長 氏 名 様 氏名 電話番号 印						
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。