

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					
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						
<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>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 郵便番号 申請者 森町 氏名 印 電話番号</p> <p>森町長 氏名 様</p>						
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。