

第1号様式（第2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
	住 所 地 (住民票所在地)	〒	個人番号		
	現 在 地 (住所地と異なる場合)				
扶 養 義 務 者	ふ り が な 氏 名		本人と の続柄		
	居 住 地	〒	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					
別添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。 申請者住所 〒 本人との続柄 申請者氏名（自署もしくは記名押印） 電 話 番 号 年 月 日 桜井市長 様					
申請受付年月日		決定年月日			

記入上の注意

- ・「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」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、帰省先を記入してください。

◎個人情報提供同意書

養育医療給付申請書に記載された個人情報を、指定医療機関及び桜井市未熟児訪問指導担当者に報告することに同意します。

年 月 日

申請者 _____ ㊞

(署名押印)