

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	〒			
	電話番号		個人番号		
加入医療保険情報	記号番号				
	保険者名				
	希望する指定養育医療機関の名称				
	希望する指定養育医療機関の所在地	※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。 申請者住所 〒 本人との続柄 申請者氏名 電話番号 年 月 日 福 崎 町 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等を記入してください。