

<b>養育医療給付申請書</b>					
本人	ふりがな 氏名		男 女	生年月日	年 月 日
				個人番号	
	住所地 <small>(住民票所在地)</small>	福井県小浜市			
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>				
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		職業
	居住地	福井県小浜市			
	電話番号		個人番号		
医療保険各法による記号および番号			保険者等 の名称		
被保険者氏名					
希望する指定医療機関の名称および所在地					
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> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>申請者住所</p> <p>本人との続柄</p> <p>年 月 日</p> <p>小浜市長 様</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>申請者氏名</p> <p>申請者生年月日</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>Ⓜ</p> <p>年 月 日生</p> </div> </div>					
申請受付年月日	年 月 日				
決定年月日	年 月 日				
保険者証確認欄					

記載上の注意

- ・届出者本人が自署する場合には、押印は不要です。
- ・「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。