

|                                                                                                             |                            |  |        |      |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|--------|------|---------|
| 養育医療給付申請書                                                                                                   |                            |  |        |      |         |
| 本人                                                                                                          | ふ　　り　　が　　な<br>氏　　　　　名      |  | 男・女    | 生年月日 | 年　　月　　日 |
|                                                                                                             | 住　　　　所　　　　地<br>(住民票所在地)    |  |        | 個人番号 |         |
|                                                                                                             | 現　　　　住　　　　地<br>(住所地と異なる場合) |  |        |      |         |
| 扶養義務者                                                                                                       | ふ　　り　　が　　な<br>氏　　　　　名      |  | 本人との続柄 |      |         |
|                                                                                                             | 居　　　　住　　　　地                |  |        |      |         |
|                                                                                                             | 電　　話　　番　　号                 |  | 個人番号   |      |         |
| 医　療　保　険　各　法　の<br>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<br>(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。<br>申請者住所<br><br>本人との続柄<br>申請者氏名（自署もしくは記名押印）<br><br>電話番号<br>年　　月　　日<br>白浜町長　殿 |                            |  |        |      |         |
| 申請受付年月日                                                                                                     |                            |  | 決定年月日  |      |         |
| 同　意　書<br>受給の決定に際して、町長が住民税課税台帳の閲覧をすることに同意します。また、必要な証明書の請求及び受領を委任します。<br>白浜町長　殿<br><br>(被保険者)<br>氏　　名<br>㊞    |                            |  |        |      |         |

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」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。

