

別記様式第1号（第3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		職業	
	居住地	〒				
	電話番号		個人番号			
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。</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者住所 〒</p> <p style="margin-left: 40px;">本人との続柄</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者氏名</p> <p style="margin-left: 40px;">電 話 番 号</p> <p style="margin-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 80px;">多治見市長</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」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。