

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな	かかみ さくら	男・女	生年月日	平成〇 年〇月 〇日
	氏 名	各務 桜			
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号〒〇〇〇-〇〇〇〇 各務原市〇〇町〇丁目〇番地		個人番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな	かかみ たろう	本人との 続柄	父	
	氏 名	各務 太郎			
	居 住 地	郵便番号〒〇〇〇-〇〇〇〇 各務原市〇〇町〇丁目〇番地			
	電 話 番 号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
被保険者証等の記号及び 番号		△△△△ - △△△△			
被保険者等の名称		全国健康保険協会岐阜支部			
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)		長良医療センター 岐阜市長良 1300-7			
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。 なお、本申請に係る自己負担額認定に当たり、市が私の課税状況を閲覧・調査することに同意します。 平成29年 7月 18日 申請者住所 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 各務原市〇〇町〇丁目〇番地 本人との続柄 父 申請者氏名 (自署もしくは記名押印) 各務原 太郎 印 電話番号 058-383-1111 各務原市長					
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。