

養育医療給付申請書（新規・継続）

本人	氏 ふ り が な 名		男・女	生年 月 日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号： 金山町大字			個人 番号
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号：			
扶養義務者	氏 ふ り が な 名				本人との 続柄
	居 住 地	郵便番号： 金山町大字			
	電 話 番 号		個人番号		
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号					
被 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					
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 郵便番号： 金山町大字 本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名 電 話 番 号 年 月 日 金山町長 あて					
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。