

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)	郵便番号		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	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	居 住 地	郵便番号			
	電話番号		個人番号		
医療保険各法の記号及び番号					
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					
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、認定に当たり、世帯構成資料及び税務資料の閲覧について承諾します。 申請者住所 郵便番号 本人との続柄 申請者氏名 電 話 番 号 年 月 日 美濃加茂市長 (氏 名) 宛					
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」の欄は、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。