様式第１号（第５条関係）

# 養　育　医　療　給　付　申　請　書

<table>
<tr><td rowspan="3">本<br>人</td><td>ふりがな<br>氏　　名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所　地<br>（住民票所在地）</td><td colspan="2">郵便番号</td><td>個　人<br>番　号</td><td></td></tr>
<tr><td>現　在　地<br>（住所地と<br>異なる場合）</td><td colspan="4">郵便番号</td></tr>
<tr><td rowspan="3">扶養義務者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>本人との<br>続　　柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>居　住　地</td><td colspan="4">郵便番号</td></tr>
<tr><td>電　話　番　号</td><td></td><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証等の<br>記号及び番号</td><td></td><td>保険者等<br>の 名 称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する指定養育<br>医療機関の名称及<br>び所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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。

（郵便番号　　－　　）

申請者住所

本人との続柄

申請者氏名

（自署もしくは記名押印）

電話番号

年　　月　　日

忠岡町長　　様

| 申請受付年月日 | | 決定年月日 | |
|---|---|---|---|