

様式第1号（第5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				
	個人番号												
	住所地 (住民票所在地)	〒											
	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						
	個人番号												
	居住地	〒											
	電話番号												
被保険者等の 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													
備考													
<p>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。なお、この申請に際し、当該未熟児の扶養義務者の全てについて、課税台帳及び住民基本台帳等、必要な事項について、野洲市健康推進課職員が閲覧すること及び諸証明の交付を受けることを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 〒</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄 電話番号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>野洲市長 様</p>													
申請受付 年月日	年 月 日					決 定 年月日	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。

「現住地」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。