第１号様式（第2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
	住　所　地 （住民票所在地）	磯城郡田原本町			
	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		
	居　住　地				
	電話番号				
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。

申請者住所　　磯城郡田原本町

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

田原本町長　　殿

申請受付年月日		決定年月日	

記入上の注意

・「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、帰省先を記入してください。