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	たわら　もとみ 田 原　本 美	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□□　　××番地の▽▽			
	現　在　地 （住所地と異なる場合）	奈良県××市△△番地の□　　××市民病院			
扶養義務者	ふりがな 氏　名	たわら　もとや 田 原　本 也	本人との続柄	父	
	居　住　地	大阪府大阪市○○区▽▽　　□□番地			
	電話番号	０６－×××－××××			
被保険者証等の記号及び番号		１２３４　５６７８			
被保険者等の名称		００１１２２３３　△△健康保険組合			
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）		××市民病院　※お子様の現在地と同じ場合は、住所の省略可			
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

大字○○　△△番地の□□

本人との続柄　祖母

申請者氏名（自署もしくは記名押印）

田　原　本　子

電話番号　３×－××××

○○ 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。