

様式第1号 (第5条関係)

養育医療給付申請書									
児童	ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日		
	氏名								
	住所地 (住民票所在地)	〒			個人番号				
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒							
扶養義務者	ふりがな				生年月日	年 月 日			
	氏名								
	居住地	〒			個人番号				
	電話番号					児童との 続柄		職業	
加入保険等	被保険者証等の 記号・番号				保険者等の 名称				
	保険者番号				所在地				
医療機関 希望する 指定	医療機関名								
	所在地 (児童現在地と同じ場 合は省略可能)								
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。</p> <p>年 月 日 　〒</p> <p>申請者 住所</p> <p>電話番号 ( ) 児童との続柄</p> <p>氏名</p> <p>加須市長 様</p>									
申請受付年月日					決定年月日				

- 記載上の注意
- 1 「住所地」は、住民票上の住所を記入してください。
  - 2 「現在地」は、現在所在してい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。
  - 3 「居住地」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。