

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	資格確認書等 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											
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。 年 月 日 　　〒 申請者 住所 電話番号 () 児童との続柄 氏名 加須市長 様											
申請受付年月日					決定年月日						

- 記載上の注意
- 「住所地」は、住民票上の住所を記入してください。
 - 「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。
 - 「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。