

様式第3号（第4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)	郵便番号		個人番号
	現 住 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号		
扶養義務者	ふ り が な 氏 名		本人との続柄	
	居 住 地	郵便番号		
	電 話 番 号		個人番号	
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				
<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>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名（自署もしくは記名押印）</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p>白浜町長 殿</p>				
申請受付年月日		決定年月日		
<p style="text-align: center;">同 意 書</p> <p>受給の決定に際して、町長が住民税課税台帳の閲覧をすることに同意します。また、必要な証明書の請求及び受領を委任します。</p> <p>白浜町長 殿</p> <p style="text-align: center;">(被保険者)</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>				

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。
- 「現在地」の欄は、現在所有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。

