

別記様式第2号（第3条関係）

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|-------|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | 有効期間 | 年 | 月 | 日 | ～ |
| 受給者番号 | | | | | | | | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | |

養育医療給付申請書

| | | | | | | | | |
|-----|---|------|---|-----------------|------|---|---|---|
| 本人 | ふりがな | | | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 住所地 (住民票所在地) | 郵便番号 | - | 壬生町 (電話番号 - -) | | | | |
| 保護者 | 現在地 (住所地と異なる場合) | 郵便番号 | - | | | | | |
| | 氏名 | | | 続柄 | | | | |
| | 居住地 | 郵便番号 | - | (電話番号 - -) | | | | |
| | 被保険者証等の 記号及び番号 | | | 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) | | | | | | | |

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。

【申請者】 住所 郵便番号 -
 本人との続柄
 申請者氏名
 電話番号 (- -)

令和 年 月 日

壬生町長 様

※ 申請者は太枠の中のみ御記入ください。

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」の欄は、現在居住す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。