

様式第1号（第2条関係）

養育医療給付申請書				
乳児	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号	個人 番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号		
扶養義務者	ふりがな 氏名		乳児との 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			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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>				
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>申請者氏名 生年月日 年 月 日 乳児との続柄 電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p>宇土市長 様</p>				
申請受付年月日		決定年月日		

記載上の注意

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「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。
- 3 「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、帰省先等を記入してください。