

様式第2号（第3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 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		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>なお、本申請に係る自己負担額認定に当たり、私の世帯構成員及び生活保護の認定状況の調査並びに課税情報を閲覧することに同意します。また、未熟児養育医療の給付に伴う乳児医療費の請求及び受領について恵那市長に委任します。</p> <p>申 請 者 住 所 郵便番号</p> <p>本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名</p> <p>電 話 番 号</p> <p>年 月 日</p> <p>恵 那 市 長 様</p>				
申請受付年月日		決 定 年 月 日		

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」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
- ・ 申請者氏名は署名又は記名押印すること。