第1号様式(第2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) | 〒　　　　― | 個人番号 | 　 |
| 現在地(住所地と異なる場合) | 〒　　　　― |
| 扶養義務者 | ふりがな氏名 | 　 | 本人との続柄 | 　 |
| 居住地 | 〒　　　　― |
| 電話番号 | 　 | 個人番号 | 　 |
| 加入医療保険の記号及び番号 | 　 |
| 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) | 　 |
| 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。　　　なお、給付決定のために必要があるときは、私の世帯の課税状況等を、土佐清水市において公簿等により確認することに同意します。　　　申請者住所　　〒　　　　―　　　本人との続柄　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　年　　　月　　　日土佐清水市長　　様　　　　　　　　 |
| 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。