

様式第3号（第5条関係）

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)	〒	個人番号		
	現在地 (居住地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏名				
	居住地	〒			
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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可)					
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 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名（自署又は記名押印） ㊟</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p>薩摩川内市長 様</p>					
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

- (注) 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」の欄は、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。
- 4 世帯調書及び養育医療意見書を添付してください。