

様式第 1 号(第 2 条関係)

袖ヶ浦市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		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		本人との続柄		
	氏 名				
	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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
子ども医療費の助成を受けられる場合、助成される医療費の養育医療徴収金への充当			希望する ・ 希望しない		
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。 年 月 日 袖ヶ浦市長 様 申 請 者 住 所 本人との続柄 氏 名 電 話 番 号					
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。