様式第１号（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | ※受給者番号 | | | | |
|  | | | | |
| 本人 | ふりがな | |  | | | | | | | | 男・女 | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |
| 個　人　番　号 | |  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | |  |  |  |  |
| 住所地  (住民票所在地) | | (〒　　－　　　　)  四万十市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在地  (住所地と異なる場合） | | (〒　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな | |  | | | | | | | | 本人との続柄 | | | | | |  | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |
| 個　人　番　号 | |  |  |  |  |  | | |  | |  | | | |  | |  |  |  |  |
| 居住地 | | (〒　　－　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、給付決定のための税額等の確認については、四万十市長が関係機関に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　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号　　　(　　　－　　　－　　　　　)  　　年　　月　　日  四万十市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。

４　※印の欄は記入しないでください。