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。