

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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>											
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。 <u>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。</u></p> <p>申請者住所 (〒 -)</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 印</p> <p>電話番号 (- -)</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">四万十市長 様</p>											
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。
- ※印の欄は記入しないでください。