

様式第2号(第4条関係)

養育医療給付申請書

治療を受ける子ども

本人

ふりがな

氏名

男・女

生年月日

年 月 日

住 所 地

(住民票所在地)

〒

個人番号

※出生直後は不明な場合が多いので、後日、市側で確認し記入します。

現 在 地

(住所地と異なる場合)

〒

入院している病院等の住所

保護者

扶養義務者

ふりがな

氏名

本人との

続柄

居 住 地

(現在の居住地)

電 話 番 号

保護者の連絡の取れる番号

個人番号

マイナンバーカード裏の番号

被 保 険 者 の
記 号 及 び 番 号

保護者の保険証番号 ※子が加入予定のもの

保 険 者 等 の 名 称

保護者の保険証に記載のある保険者番号 ※子が加入予定のもの

希 望 す る 指 定 養 育 医 療
機 関 の 名 称 及 び 所 在 地

治療を受ける医療機関の名称・住所

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、決定にあたっては、課税資料の閲覧に同意します。

申 請 者 住 所

本人との続柄

(ふりがな)

申 請 者 氏 名

電 話 番 号

申 請 日 年 月 日

※申請日は、申請当日の日付

申請者は、子の父または母の氏名等を記入

伊 佐 市 長

様

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。