

様式第2号(第4条関係)

養育医療給付申請書					
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	
	現在在地 (住所地と異なる場合)	〒			
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		個人番号		
	被保険者の 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					
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	
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」の欄は、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。