

様式第1号（第2条関係）

養育医療給付申請書

乳 児	フリガナ		性 別	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	個人番号			
	住 所 地	郵便番号		
	現 在 地	郵便番号		
扶 養 義 務 者	フリガナ		乳児と の続柄	
	氏 名			
	個人番号			
	居 住 地	郵便番号 電話番号		
被保険者証等の 記号及び番号		保険者等の 名称		
医 療 機 関	名 称			
	所 在 地	郵便番号		
生活保護の状 況	受給している ・ 受給していない			
<p>養育医療の給付を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>島田市長</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 申請者 乳児との続柄 電話番号</p>				

(注)

- 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（病院等に入院しているときは、病院等の所在地）を記入してください。
- 3 「居住地」の欄は、現在居住している住所（帰省等しているときは、帰省先等の住所）を記入してください。