

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										
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。 年 月 日 島田市長 住所 氏名 乳児との続柄 電話番号 申請者											

(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。