

様式第3号（第5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 地 (居住地と異なる場合)	〒			
扶 養 義 務 者	ふ り が な 氏 名		本人との続柄		
	居 住 地	〒			
	電 話 番 号		個人番号		
医 療 保 険 各 法 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 (所在地は本人現在地 と同じ場合は省略可)					
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。 申請者住所 〒 本人との続柄 申請者氏名 電話番号 年 月 日 薩摩川内市長 様					
申請受付年月日		年 月 日	決定年月日	年 月 日	

- (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。
- 3 「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。
- 4 世帯調書及び養育医療意見書を添付してください。