様式第2号(第6条関係)

養育医療給付申請書

本人	氏名(ふりがな)		男・女	生年月日	年　月　日
	住所地(住民票所在地)	〒			
	現在地(住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	氏名(ふりがな)		本人との続柄		
	居住地	〒			
	電話番号				
被保険者証等の記号及び番号					
被保険者等の名称					
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能)					
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

南越前町長様

申請受付年月日		決定年月日	

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。