

様式第1号（第3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
	居 住 地 (住民票所在地)	郵便番号			
	現 在 地 (居住地と異なる場合)	郵便番号			
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人との続柄		
	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					
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					
別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。 申請者住所 郵便番号 本人との続柄 申請者氏名 電 話 番 号 年 月 日 宇陀市長 様					
申請受付年月日			決 定 年 月 日		

備考

- 「居住地」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。