

様式第3号（第4条関係）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所地 (住民票所在地)		個人番号		
	現在地 (住所地と異なる場合)				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏名				
	個人番号		電話番号		
	居住地				
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					
備考					
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 本人との続柄 ( ) 電話番号</p> <p>坂戸市長 あて</p>					
※申請受付年月日			※決定年月日		

備考

- 1 本人の「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 本人の「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 扶養義務者の「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 ※欄は、記入しないでください。