

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	さかど はなこ	男・ 女	生年月日	令和3年4月3日
	氏名	坂戸 花子			
	住所地 (住民票所在地)	坂戸市 大字石井2327-3	個人番号	123456789123	
	現在地 (住所地と異なる場合)	●●●市●●1234番地		入院している病院の住所	
扶養義務者	ふりがな	さかど たろう		本人との続柄	父
	氏名	坂戸 太郎			
	個人番号	234567891234		電話番号	049-284-1621
	居住地	坂戸市大字石井2327-3			
被保険者証等の記号及び番号	024 336				
保険者等の名称	埼玉健康保険組合				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	●●●病院 ●●●市●●1234番地				
備考	入院している病院名・住所				
<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 申請した日を記入するため、空欄のままお持ちください</p> <p>申請者 住所 坂戸市大字石井2327-3 氏名 坂戸 太郎 本人との続柄 (父) 電話番号 049-284-1621</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。