

別記様式第2号（第3条関係）

公 費 負 担 者 番 号								有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	
受 給 者 番 号								交付年月日	年 月 日	
養 育 医 療 給 付 申 請 書										
本 人	氏 名 <small>ふ り が な</small>							男・女	生年月日	年 月 日
	居 住 地	〒								
	現 在 地 <small>(居住地と異なる場合)</small>	〒								
扶 養 義 務 者	氏 名 <small>ふ り が な</small>							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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>										
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>申 請 者 住 所 〒</p> <p>本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名 (自署もしくは記名押印)</p> <p>電 話 番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">那珂川町長 様</p>										
申 請 受 付 年 月 日							決 定 年 月 日			

記載上の注意

- ・「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。