

様式第1号(第5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	
	住所地 (住民票所在地)						
	現在地 (住所地と異なる場合)	病院内　・その他()					
	個人番号						
扶養義務者	ふりがな						
	氏名						
	居住地						
	電話番号						
	個人番号						
医療保険各法の記号及び番号	記号 番号			保険者名			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	病院名 住所						
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 氏 名 本人との続柄 年　月　日 (宛先)阿南市長							
申請受付年月日				決定年月日			

記載上の注意

- 「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。