

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	郵便番号		個人 番号	(マイナンバー)
	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 (申請者と同じ場合省略可)			個人 番号	(マイナンバー)
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。 郵便番号 申 請 者 住 所 本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名 (自署もしくは記名押印) 電 話 番 号 年 月 日 鹿角市長 様					
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。