

様式第1号

養育医療を受けるお子さんの氏名・住所を
ご記入ください。お名前が未定のときは、決
まり次第、保健センターへご連絡ください。
(TEL 0495-76-2855)

記入例

美里町養育医療給付申請書

本人	ふりがな	みさと いちろう	☒ 男 ☐ 女	生年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	氏名	美里 一郎				
	住所地 (住民票所在地)	〒000-0000 美里町大字〇〇 〇〇〇-〇			個人 番号	
現在地 (住所地と異なる場合)	〒 ※住所地と同じ場合は空欄			マイナンバーを ご記入ください		
扶養 義務 者	ふりがな	みさと たろう	本人との 続柄	父	個人 番号	
	氏名	美里 太郎				
居住地	〒000-0000 美里町大字〇〇 〇〇〇-〇			電話	〇〇〇-〇〇〇〇 (日中、連絡がつく番号を記入)	
被保険者証等の 記号及び番号		000 1111 (保険証を見て記入)		被保険者等の名称		保険組合等の名称 (保険証を見て記入)
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)		〒000-0000 〇〇〇県〇〇〇市△△△町 〇〇〇-〇 〇〇△〇〇△病院				
備考		※医療券を、居住地と違う場所(帰省先など)に送付を希望する場合は、その旨を備考欄に記入してください。				
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。なお、世帯の所得状況について、町長が課税台帳等を閲覧し確認することについて同意します。						
申請者住所 〒000-0000 美里町大字〇〇 〇〇〇-〇 本人との続柄 父 申請者氏名(自署もしくは記名押印) 美里 太郎 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 埼玉県児玉郡美里町長 様						
申請受付年月日		美里町記入欄		決定年月日		美里町記入欄

- ・記入もれがないか。
- ・署名(印)がされているか。
- ・双子の場合、申請書2部必要
(別々に申請)

記載上の注意

- ・「住所地」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。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等しているときは、帰省先等を記入してください。