

美里町養育医療給付申請書						
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住所地 (住民票所在地)	〒			個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒				
扶養義務者	ふりがな		本人との 続 柄		個人 番号	
	氏 名					
	居 住 地	〒			電話	
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。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。</p> <p>申請者住所 〒</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名(自署もしくは記名押印)</p> <p>電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">埼玉県児玉郡美里町長 様</p>						
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。