

養育医療給付申請書

年 月 日

箕輪町長

申請者 住 所

氏 名 ㊟

本人との続柄

電話番号

別紙関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。

記

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)	(〒 - )				
	個 人 番 号					
扶 養 義 務 者	氏 名		本人と の続柄	電 話 番 号		
	居 住 地	(〒 - )				
	個 人 番 号					
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	所在地 (本人現在地 と同じ場合は 省略可能)	(〒 - )				
	名 称					
備 考						

- (注意事項)
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
  - ・「現住所」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。帰省している場合は帰省先等を記入してください。
  - ・申請者と扶養義務者、世帯構成員の個人番号が確認できるもの（マイナンバーカード等）
  - ・来庁者の本人確認ができるもの（免許証等）
  - ・委任状（申請者および扶養義務者以外の代理人が申請する場合）

- (添付書類)
- ・養育医療意見書（様式第2号）
  - ・世帯調書（様式第3号）
  - ・同意書（様式第4号）
  - ・所得税等の証明書

申請受付年月日		決定年月日	
---------	--	-------	--