

様式第2号 (第3条関係)

公費負担者番号								有効期間	年	月	日	日
受給者番号								交付年月日	年	月	日	日

養育医療給付申請書

本人	ふりがな	しもつけ たろう		男・女	生年月日	平成28年 1月 1日
	氏名	下野 太郎				
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号 329-0594 下野市石橋552-4 (電話番号 0285-52-1112)			個人番号	○○○○○○○○○○○○○○
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号○○○-○○○○ □□県□□市□□○○-○				

申請の時点でお子様の個人番号が不明の場合は、空欄のままとしてください。

保護者	氏名	下野 一郎		続柄	父
	居住地	郵便番号 329-0594 下野市石橋552-4 (電話番号 0285-52-1112)			個人番号

被保険者証等の記号及び番号	100 012345	保険者等の名称	□□健康保険組合
---------------	------------	---------	----------

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)	□□□病院 □□県□□市□□○○-○
---	-----------------------

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、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、下野市が世帯員の市町村民税の課税台帳等を確認することに同意します。

申請者住所 郵便番号 329-0594  
 下野市石橋552-4  
 本人との続柄 父  
 申請者氏名 下野 一郎  
 電話番号 0285-52-1112

平成28年 1月10日

忘れずに押印してください。

下野市長 様

※申請者は太枠の中のみ御記入ください。

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」の欄は、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を記入してください。