

様式第2号（第3条関係）

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

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)	郵便番号 (電話番号)		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
保護者	氏名		続柄		
	居住地	郵便番号 (電話番号)		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)					
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。					
<p style="text-align: right;">申請者住所 郵便番号</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 申請者氏名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">下野市長 様</p>					

※申請者は太枠の中のみ御記入ください。

記載上の注意

- ・「個人番号」の欄は、マイナンバーの通知カード又は個人番号カードに記載された12桁の番号を記入してください。
- ・「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。