

様式第3号 (第4条関係)

公費負担者 番号	2	3	0	9	6	0	8	4	有効期間	年	月	日	～	年	月	日	
受給者番号									交付年月日								
養育医療給付申請書																	
本 人	ふりがな								男・女	生年月日	令和	年	月	日			
	氏名																
	個人番号																
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号															
		(電話番号)															
	現所在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号															
		(電話番号)															
保 護 者	氏名								続柄								
	個人番号																
	居住地	郵便番号															
		(電話番号)															
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 (所在地は本人現所在地と同じ場合 は省略可能)																	
<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。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄 申請者氏名 ⑤ 電話番号</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">真岡市長 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

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現所在地」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。帰省等している場合は帰省先を記入してください。