

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				
	個人番号				
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 (電話)			
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒			
保 護 者	氏 名		続柄		
	個人番号				
	居 住 地	〒 (電話)			
医療保険各法による 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 (所在地が本人現在地と同 じ場合は、省略可能)					
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。 申請者 住所 本人との続柄 申請者氏名 電話 年 月 日 那須塩原市長 様					

※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。帰省等している場合は、帰省先を記入してください。