

様式第2号

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男 女	生年 月日	平成 年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号		個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名			本人との 続柄	
	居 住 地	郵便番号		個人 番号	
	電 話 番 号				
被保険者証等の 記号及び番号					
被保険者等の名称					
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
備 考					
<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>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 (自署若しくは記名押印)</p> <p>電 話 番 号</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">伯耆町長 森 安 保 様</p>					
申請受付年月日				交付決定年月日	

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。
- ・「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」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等を記入してください。