

様式第3号（第4条関係）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所地 (住民票所在地)			個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)				
扶養義務者	ふりがな			本人との続柄	職業
	氏名				
	居住地			電話	( )
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)			
備考					
<p>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="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">申請者 住所</p> <p style="margin-left: 150px;">連絡先</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名（自署）</p> <p style="margin-left: 150px;">本人との続柄</p> <p style="margin-left: 50px;">（宛先）</p> <p style="margin-left: 50px;">北本市長</p>					

記載上の注意

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「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。
- 3 「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。帰省等しているときは、その住所を記入してください。