

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 氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
	住所 地 (住民票所在地)				
	現在 地 (住所地と異なる場合)		個人 番号		
	扶養 義務 者	ふりがな 氏名		本人との 続柄	
	居 住 地				
	電 話 番 号				
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>年 月 日</p> <p>申請者 住所 連絡先 氏名（自署） 本人との続柄</p> <p>（宛先） 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。