

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）	〒			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 氏 名		本人との 続柄		職 業				
	居 住 地	〒							
	電 話 番 号				個 人 番 号				
医 療 保 険 各 法 の 記 号 及 び 番 号									
保 険 者 等 の 名 称									
希 望 す る 指 定 療 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）		名 称							
		所 在 地							
備 考									
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。									
年 月 日									
申請者住所 〒									
申請者氏名 （本人との続柄 ）									
電 話 番 号									
平群町長 様									
申 請 受 付 年 月 日					決 定 年 月 日				

☐ マイナンバー
カード
通知カード

☐ 住民票

☐ マイナンバー
カード
通知カード

☐ 住民票

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」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。

添付書類

- 1 指定養育医療機関の医師が作成した養育医療意見書
- 2 世帯調書
- 3 その他町長が必要と認める書類