

第1号様式(第5条関係)

養 育 医 療 給 付 申 請 書				
本 人	氏 名		性別	生年月日
	居住地	郵便番号		個人番号
	現 在 地 (居住地と異なる場合)	郵便番号		
扶 養 義 務 者	氏 名		本人との 続柄	
	居住地	郵便番号		
	電 話 番 号		個人番号	
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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>				
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。				
申請者住所		郵便番号		
本人との続柄				
申請者氏名		ⓐ		
		<small>(自署もしくは記名押印)</small>		
電 話 番 号				
年 月 日				
さつま町長 日高 政勝 殿				
申請受付年月日		決定年月日		

記載上の注意

- ・「居住地」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。