

養育医療給付（新規・変更）申請書						
本 人	ふ り が な 氏 名		生年月日	年 月 日		
			個人番号			
	住 所 地 <small>（住民票所在地）</small>	郵便番号				
	現 在 地 <small>（住所地と異なる場合）</small>	郵便番号				
扶 養 義 務 者	ふ り が な 氏 名	本人と の 続 柄		職 業		
	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>（所在地は本人所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 style="margin-left: 40px;">申請者 住 所 郵便番号 氏 名 本人との続柄 電話番号</p> <p style="margin-left: 150px;">年 月 日 勝山市長 様</p>						
申 請 受 付 年 月 日				決 定 年 月 日		

養育医療給付の自己負担金の納付については、勝山市子ども医療費助成制度・勝山市重度障害児(者)医療費助成制度及び勝山市母子父子家庭医療費助成制度等から受け取る助成額を充てることに同意します。

年 月 日

申請者氏名 _____

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。