

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)	<small>郵便番号</small>			<small>個人 番号</small>
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	<small>郵便番号</small>			
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人との 続柄		
	居 住 地	<small>郵便番号</small>			
	電 話 番 号				
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号					
被 保 険 者 証 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					
<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。なお、本事務手続に限り、該当年度の 地方税関係情報について取得することに同意します。</p> <p>○ 申請者氏名 (自署) 生年月日: 年 月 日 本人との続柄 個人番号 申請者住所</p> <p>○ 同意者氏名 (自署) 生年月日: 年 月 日 本人との続柄 個人番号 同意者住所</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">伊 丹 市 長 様</p>					
				受理日	

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、その住所を登録してください。
- ・電話番号欄には、日中に通じる電話番号の記載をしてください。
- ・「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。
- ・同意者が多い場合は欄外に記入してください。