

様式第3号（第4条関係）

養育医療給付申請書

乳児	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月 日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号		個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養 義務 者	ふりがな 氏 名		乳児との 続 柄		
	居 住 地	郵便番号			
	電話番号		個人番号		
被保険者等記号・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 (所在地は乳児の現在地と同じ場合は省略可能)					
備 考		申請時に添付が必要な書類 (1) 「養育医療意見書」 (2) 「養育医療給付に関する同意書」 (3) 「被保険者であることを示す証明書」の写し			
中野市長 あて 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 電話番号 () 乳児との続柄 申請者氏名					

記入上の注意

- ・「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」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。