

養育医療給付（新規・継続）申請書						
本人	ふりがな 氏名	個人番号	男・女	生年月日	年 月 日	
	居住地	郵便番号				
	現在地 <small>（居住地と異なる場合）</small>	郵便番号				
保護者	ふりがな 氏名	個人番号	本人との 続柄		職業	
	居住地	郵便番号				
	電話番号					
被保険者証等の 記号及び番号			保険者の名称			
			保険者の番号			
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>養育医療意見書及び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="text-align: left;">朝日町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">ふりがな 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>						

記載上の注意

1. 「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、その所在地及び名称等を記入してください。一時的に帰省している場合は、帰省先等を記入してください。
2. 「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
3. 申請者氏名は、自署もしくは記名押印してください。