　様式第１号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **水　俣　市　養　育　医　療　給　付　申　請　書** | | | | | | | | | |
| 対　象　児 | ふりがな |  | 性別 | 男・女 | | 生年月日 | | 年　 　　月 　　　日 | |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 郵便番号 | | | | 個人番号 |  | | |
| 現　在　地 | 郵便番号 | | | | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな |  | 対象児との  続柄 | | | 父　・　母　・　その他（　　　　） | | | |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 郵便番号 | | | | | | | |
| 電話番号 | ―　　　　― | 個人番号 | | |  | | | |
| 医療保険各法による 記号及び番号 | | 記号 | | | 番号 | | | | |
|  | | |  | | | | |
| 保険者等の名称 | |  | | | | | | | |
| 保険者番号 | |  | | | | | | | |
| 指定養育医療機関  の名称及び所在地  （所在地は対象児の現在地 と同じ場合は省略可能） | | 名　称  所在地 | | | | | | | |
| 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。  　　　　　　　　　　　　郵便番号  　　　申請者住所  　　　申請者氏名（自署又は記名押印）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象児との続柄　　（　　　　　） | | | | | | | | | |
| 電話番号  　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　水俣市長　　様 | | | | | | | | | 受付印 |
|  |

　　　　記載上の注意

　　　・ ｢住所」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。