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。