

様式第2号（第3条関係）

養育医療給付申請書						
児	ふりがな			男・女	生年 月日	年 月 日
	氏 名					
	個人番号					
	住 所 地					
	現 在 地					
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名				児との 続 柄	
	個人番号					
	居 住 地	電話 ( )				
被保険者証等の 記号および番号				保険者等 の 名 称		
希望する指定養 育医療機関の名 称および所在地		(所在地が乳児の現在地と同じ場合は省略可能)				
備 考						
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名 児との続柄</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">守山市長 あて</p>						

申請受付 年月日	年 月 日	決 定 年月日	年 月 日
-------------	-------	------------	-------

記載上の注意

- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記載してください。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。
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記載してください。
- ・「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。