様式第２号（第３条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		性別	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	氏名		本人との続柄			
	住所地					
	電話番号		個人番号			
被保険者証等の記号及び番号						
被保険者等の名称						
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地						
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。

申請者住所　　郵便番号

本人との続柄

申請者氏名

電話番号

令和　　年　　月　　日

上士幌町長　　様

申請受付年月日		決定年月日	

記載上の注意

・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記載してください。

・「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」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。