

様式第3号（第4条関係）

養育医療給付申請書

本人	フリガナ		男 ・ 女	生年	年 月 日
	氏 名			月日	
	住 所	〒			
扶養義務者	フリガナ		本人との続柄		
	氏 名				
	居 住 地	〒 電話番号 ()			
	個人番号				
被保険者証等の 記号・番号・枝番			保険者等 の名称		
指定養育医療機関の 名称及び所在地	〒				
備 考					
<p>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: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 入間市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 〒 —</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p>					

記載上の注意

「住所」の欄は、住民票上の住所を記入して下さい。

「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入して下さい。帰省等している場合は帰省先等を記入して下さい。