

養育医療給付申請書			
受給者番号		個人番号	
対象となる乳児	フリガナ	男・女	生年 月日
	氏名		
	住所地 (住民票所在地)	川西町	
	現在地 (住所地と異なる場合)		
扶養義務者	フリガナ	乳児との 続柄	
	氏名		
	住所地 (住民票所在地)		
	現在地 (住所地と異なる場合)		
	電話番号	— —	個人番号
加入医療保険	記号	番号	
	保険者の名称等		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地			
備考			
<p>別添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;">申請者住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">生年月日 _____</p> <p style="text-align: right;">乳児との続柄 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 川西町長 殿</p>			
※申請受付年月日		※決定年月日	

記入上の注意

- ・「住所地」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。ただし、指定養育医療期間に入院している場合は記入の必要はありません。
- ・「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、帰省先を記入してください。
- ・※印の欄は記入しないでください。