

養育医療給付申請書

本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所地 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号 舞鶴市	—	個人番号	
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号	—		
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	居住地	郵便番号	—		
	電話番号	—	—	個人番号	
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
<p>備考</p> <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。 なお、世帯所得状況調べ及び自己負担金の子育て支援医療振替については、委任します。</p> <p>申請者住所 郵便番号 — 舞鶴市</p> <p>申請者氏名 本人との続柄 () 連絡先(電話番号)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>舞鶴市長様</p>					
申請受付年月日			決定年月日		

記載上の注意

- ・「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」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、現在所在している住所を記入してください。帰省等をしている場合は帰省先等を記入してください。