

様式第 1 号（第 3 条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書									
本 人	ふ 氏	り が	な 名				男・女	生年 月日	年 月 日
	住 所 地 (住 民 票 所 在 地)			郵便番号					
	現 在 地 (住所地と異なる場合)			郵便番号			個人番号		
扶 養 義 務 者	ふ 氏	り が	な 名				本 人 と の 続 柄		
	居 住 地			郵便番号					
	電 話 番 号						個人番号		
加 入 医 療 保 険	記 号			番 号				枝 番	
	保 険 者 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 (自署若しくは記名押印) 電 話 番 号 年 月 日 (宛先) 向日市長									
申請受付年月日		年 月 日			決定年月日		年 月 日		

記載上の注意

- ・「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。
- ・「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。