

様式第1号（第2条関係）

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 (住民票所在地)	郵便番号		個人番号					
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					
医療保険各法の 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		(所在地は本人現在地と同じ場合省略可)							
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: center;">敦賀市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(受給者との続柄 )</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>									
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、その場所を記入してください。
- ・ 居住地の欄は、現在居住している場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。