

養育医療給付申請書				
本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日 令和 年 月 日
	住所地	〒		個人番号
	現在地	〒		
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄	
	居住地	〒		
	電話番号		個人番号	
被保険者証等の記号及び番号				
保険者の名称				
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>				
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。自己負担額については、小児医療費助成制度による充当を希望します。</p> <p>また、申請後、総社市が公簿により私及び私の属する世帯員の税務関係情報、医療保険加入状況、生活保護受給状況について確認することに同意します。</p> <p>なお、このことについては、世帯員全員の承諾を得ています。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 〒</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">総社市長 片岡 聡 一 様</p>				
※申請受付年月日		※決定年月日		

- \* 「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。