

様式第1号（第5条、第9条関係）

養育医療給付申請書

母子(親子) 健康手帳の番号		市町村 No. ()	申請受付 年 月 日	
受 療 者	フリガナ 氏 名		個人番号	
	生年月日		性 別	
	居 住 地			
	現 住 所	(※)		
扶 養 義 務 者	氏 名		個人番号	
	生年月日		受 療 者 との続柄	
	居 住 地		職 業	
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 医 療 機 関	名 称			
	所在地			
<p>嘉手納町長 殿</p> <p>上記のとおり、養育医療の給付を申請します。なお、申請にあたり、私は私の世帯員の委任を得て、審査に必要な次のことに同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 受療者と扶養義務者との続柄の調査 2 受療者の属する世帯構成員の町民税課税状況の調査 3 受給者の属する世帯の生活保護受給状況の調査 4 受給者の属する世帯の中国残留邦人等の支援給付状況の調査 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">続 柄</p> <p style="text-align: center;">連絡先</p>				

(※) 居住地と住民票の所在地が異なる場合に記載してください。