様式第４号（第８条、第９条関係）

養育医療給付申請書

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　神栖市長様申請者住所神栖市　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　本人との続柄 |
| 本人 | 氏名(ふりがな)男・女 | 生年月日年　　月　　日　 |
| 居住地 | 郵便番号 個人番号 | 個人番号 |
| 現住地(居住地と異なる場合） | 郵便番号 |
| 扶養義務者 | 氏名（ふりがな） | 本人との続柄 | 職業 |
| 居住地 | 郵便番号 個人番号 | 個人番号 |
| 電話番号 |  |
| 被保険者証の記号番号 | 保険者名 |
| 希望指定医療機関 | 名称 |
| 所在地（所在地が本人現在地と同じ場合は省略可能） |
| 添付書類　(1) 養育医療意見書(2) 世帯調書 |
| 申請受付年月日 |  | 決定年月日 |  |

記載上の注意

(1) 「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

(2) 「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。