様式第３号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 有効期間 | 　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 養育医療給付申請書 |
| 本人 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 続　柄 | 男・女 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所地(住民票所在地) | 〒 |
| 現在地(住所地と異なる場合） | 〒 |
| 保護者 | 氏名 |  |
| 続　　柄 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒（電話番号 ） |
| 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は省略可能） |  |
| 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。なお、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、日光市が世帯員の課税台帳等を確認することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　　　郵便番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　年　　月　　日日光市長　　様 |

※申請者は太枠の中のみ御記入ください。

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」の欄は、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を記入してください。