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。