

様式第1号

養育医療給付申請書				
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	〒		個人番号
	現所在地 (住所地と異なる場合)	〒		
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				
保険者等の名称				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人所在地と同市内であれば省略可)</small>				
<p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">(署名または記名押印)</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">(電話番号 - - )</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 上越市長 様</p>				
申請受付年月日		決定年月日		

※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。
- ・「現所在地」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。