

養育医療給付申請書

本人	ふりがな	いしかわ かほ		男・女	生年月日	令和 4年 4月 4日
	氏名	石川 かほ				
	住所地 (住民票所在地)	〒929-1111 かほく市宇野気ニ81番地			個人番号	12398678910
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒 同 上			住民票上の住所を記載	
扶養義務者	保険上養育を受ける子を扶養している者			本人との続柄	父	
	123(456)7891			個人番号	12345678910	
	居住地	〒929-1111 かほく市宇野気ニ81番地				
医療保険各法の記号および番号		123456 111	保険者等の名称	全国健康保険協会 石川支部		
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)		石川県立中央病院 石川県金沢市鞍月東2丁目1番地 指定されている医療機関であること				
備考						
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、養育医療自己負担金について、その請求及び受領をかほく市長へ委任します。 〒929-1111 申請者住所 かほく市宇野気ニ81番地 本人との続柄 父 申請者氏名 石川 太郎 石川 印 令和 4年 5月 5日 かほく市長 様						
本申請に伴い、必要な場合関係機関において世帯の状況や所得税等の調査をすることに (承諾します) 承諾しません						
受付 年月日		送付 年月日		決定 年月日		

※「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等を記入してください。

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	令和	年　月　日
	住所地 (住民票所在地)	〒		個人番号		
	現　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		
	電話番号			個人番号		
	居　住　地	〒				
医療保険各法の記号及び番号			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)						
備　　　考						
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、養育医療自己負担金について、その請求及び受領をかほく市長へ委任します。 申　請　者　住　所　　　〒 本人との続柄 申　請　者　氏　名㊟ 令和　　　 年　　　 月　　　 日 か　ほ　く　市　長　　　様						
本申請に伴い、必要な場合関係機関において世帯の状況や市民税等の調査を行うことに（承諾します・承諾しません）						
受付 年月日			送付 年月日			決定 年月日

※「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等を記入してください。