

様式第2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)	郵便番号		個人 番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		
	居住地	郵便番号		個人 番号	
	電話番号				
被保険者証等の 記号及び番号					
被保険者等の名称					
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
備考					
<p>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。また、私及び同一世帯員に係る住民票、市町村民税に関する課税資料等及び生活保護法適用の有無を調査・確認されることについて同意します。</p> <p>申請者住所 郵便番号 本人との続柄 申請者氏名 電話番号</p> <p>年 月 日 伯耆町長 様</p>					
申請受付年月日		交付決定年月日			

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」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。