

様式第 1 号（第 5 条、第 6 条関係）

養育医療給付申請書					
年 月 日					
江田島市長 様					
申請者 郵便番号 住 所 氏名 電話番号 本人との続柄					
次のとおり、養育医療の給付を申請します。					
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)	江田島市 町		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	
	居 住 地				
	電 話 番 号			個人番号	
被保険者等記号・番号			保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関 (所在地は本人 現在地と同じ場 合は省略可能)	名 称				
	所在地				
備 考					

記載上の注意

- ・ 「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・ 「現在地」欄は、現在所在する住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、帰省先を記入してください。