

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		
医療保険各法による 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 (所在地が本人 現在地と同じ場 合は、省略可)	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。