

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 （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 （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。