

年 月 日

西和賀町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 ()
本人との続柄

西和賀町養育医療給付申請書

母子保健法第 20 条の規定に基づく養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第 9 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

本人	ふ り が な 氏 名	個人番号：	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
	住 所 地 (住民票所在地)				
	現 在 地 (住所地と異なる場合)				
扶養義務者	ふ り が な 氏 名	個人番号：	本人との続柄		
	居 住 地				
医 療 保 険 各 法 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					
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関 の 所 在 地					
備 考					

記載上の注意

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入して下さい。
- 2 「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。
- 3 「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。