

養 育 医 療 給 付 申 請 書						
本人（乳児）	ふりがな 氏 名		性別		生年月日	年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	釧路市				
	現在地 (住所地と異なる場合)				個人番号	
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の 名称及び所在地 (所在地は乳児現在地と同じ場合は省略可能)						
備 考						
別添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。 なお、この申請で必要な場合は、釧路市が世帯の住民登録状況、市民税の課税状況、生活保護受給状況等について閲覧又は照会することに同意します。なお、このことについては、世帯員全員の同意を得ています。 申請者住所 釧路市 本人との続柄 申請者氏名 (自署もしくは記名押印) 電話番号 年 月 日 釧路市長 あて						
申請年月日		年 月 日		決定年月日		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。