

養育医療給付申請書						
本人 (乳児)	ふりがな 氏名	くしろ たろう 釧路 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	6年 8月 1日
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号 085-0018 釧路市 黒金町7丁目5番1号			個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号				
扶養義務者	ふりがな 氏名	釧路 一郎	本人との続柄	父		
	住所	郵便番号 085-0018 釧路市黒金町7丁目5番1号				
	電話番号	090-9998-9998	個人番号	111122223333		
医療保険各法の記号及び番号		釧路 9876543				
保険者等の名称		釧路市国民健康保険				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地は乳児現在地と同じ場合は省略可能)</small>						
備考						
別紙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。						
申請者住所 郵便番号 085-0018 釧路市 黒金町7丁目5番1号						
本人との続柄 父						
申請者氏名 釧路 一郎						
電話番号 090-9998-9998						
6年 8月 8日						
釧路市長 あて						
申請年月日		決定年月日				

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。