

養育医療給付申請書				
本人	ふりがな	あげお ことろう	①・女	生年月日 令和2年5月17日
	氏名	上尾 子太郎		
人	居住地 (住民票所在地)	郵便番号 362-8501 上尾市本町3-1-1 上尾マンション101	個人番号	567890123456
	現在地 (居住地と異なる場合)	郵便番号 さいたま市中央区新都心1-2		
保護者	ふりがな	あげお いちろう	本人との 続柄	父
	氏名	上尾 一郎		
	居住地	郵便番号 362-8501 上尾市本町3-1-1 上尾マンション101	電話番号	048-775-5120
医療保険各法による 記号及び番号	1234567・55	保険者等 の名称	全国健康保険協会 埼玉支部	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合 は省略可能)	埼玉県立小児医療センター			
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。 令和 2年 5月 23日 申請者住所 郵便番号 362-8501 上尾市本町3-1-1 上尾マンション101 氏名 上尾 一郎 (宛先) 上尾市長				
申請受付年月日		決定年月日		

記載上の注意

- 「居住地」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。
- 「備考」の欄には、帰省等をしている場合は帰省先等を記入してください。