

別記様式第2号（第3条関係）

公費負担者 番号								有効期間	年	月	日	年	月	日
受給者番号								交付年月日				年	月	日
養育医療給付申請書														
本人	個人番号													
	ふりがな							男・女	生年月日			年	月	日
	氏名													
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号 (電話番号)												
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号 (電話番号)												
保護者	個人番号													
	氏名							続柄						
	居住地	郵便番号 (電話番号)												
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)														
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 本人との続柄 申請者氏名 電話番号 年 月 日 足利市長 宛て														

※申請者は太枠の中のみ御記入ください。

記載上の注意

- ・ 「個人番号」の欄は、マイナンバーの通知カード又は個人番号カードに記載された12桁の番号を記入してください。
- ・ 「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」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を記入してください。