|  |
| --- |
| **養育医療給付申請書** |
| 本　人 | ふりがな氏　名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　月　日 |
| 住所地（住民票所在地） | （郵便番号　　　－　　　　） | 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 |  | 本人との続柄 |  |
| 居住地 | （郵便番号　　　　－　　　　　） |
| 電話番号 |  | 個人番号 |  |
| 被保険者証等の記号及び番号 | 記号　　　　　　　　　　　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及び所在地（所在地は本人住所地と同じ場合は省略可能） | （郵便番号　　　　－　　　　　） |
| 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。また、下記の者（申請者及び同意者）は、六ヶ所村が六ヶ所村未熟児養育医療事務取扱規程第３条に基づく事務手続きを処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。申請者住所　（郵便番号　　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな同意者氏名　　　　　　　　　　生年月日　　・　　・　（　　　）同居・別居（申請者との続柄）　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　・　　・　（　　　）同居・別居　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　・　　・　（　　　）同居・別居　　年　　月　　日　　　　六ヶ所村長　　　　　　　　　　　　様 |
| 申請受付年月日 | 年　　月　　日 | 決定年月日 | 年　　月　　日 |

（裏面）

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。

・氏名を本人が自書する場合は押印を省略することができます。

・太枠内には記入しないでください。