

養 育 医 療 給 付 申 請 書

年 月 日

(宛先)飯能市長

申請者 住所
氏名
本人との続柄

別紙関係書類を添えて下記のとおり養育医療の給付を申請します。

なお、養育医療に伴う徴収額算出の基礎資料確認のため、市職員が、住民基本台帳、生活保護受給状況及び税情報を確認することに同意します。

記

本人	ふりがな		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日
	個人番号			
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号		
	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		続柄	
	氏 名		職業	
	個人番号			
	居 住 地	郵便番号		電話番号
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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)				
備 考				

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」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等を記入してください。