

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名	-----	男・女	生年月日	令和 年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	〒 -		個人番号	
	現住地 (住居地と異なる場合)	〒 -			
扶養義務者	ふりがな 氏名	-----	本人との続柄		
	居住地	〒 -			
	電話番号		個人番号		
被保険者証等の 記号及び番号					
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 <small>(所在地は本人所在地と同じ場合は省略可)</small>					
備考					
<p>別添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。</p> <p>また、この申請によって、下記のことについて同意します。</p> <p>① 私又は私の世帯員の税務関係情報の調査を行うこと及び税務課長が回答すること。</p> <p>② 決定後の扶養義務者自己負担金について、玉野市こども医療費助成制度により充当すること。</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">申請者住所</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">玉野市長 殿</p>					
申請受付年月日			決定年月日		

*申請者氏名については、自署又は記名押印のこと。

「住所地」は住民票上の住所を記入してください。

「現住地」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。