

養育医療（給付・継続）申請書				
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日
	住所 地 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号	個人 番号	
	現 在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	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	
医療保険各法の 記号および番号		(記号) ※ない場合は空欄 (番号)		
健康保険者等の名称				
希望する指定養育 医療機関の名称 および所在地 <small>(所在地は本人現在地と 同じ場合は省略可能)</small>		(医療機関名)  (所在地)		
備 考				
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の（給付・継続）を申請します。</p> <p>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(宛先) 秋田市長</p>				
申請受付年月日			決定年月日	

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。

