

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 (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		
被保険者等の 記号及び番号		(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)		(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。

