

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
	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 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					
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 郵便番号</p> <p style="padding-left: 40px;">住 所</p> <p style="padding-left: 40px;">氏 名</p> <p>本人との続柄【 父 ・ 母 ・ その他（ ）】</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 （宛先）秋田市長</p>					
<p>この内容について問合せができるかた【 父 ・ 母 ・ その他（ ）】</p> <p style="padding-left: 40px;">電話番号</p>					

記載上の注意

- ・「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」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。帰省等をしている場合は帰省先等を記入してください。