

様式第1 (第4条関係)

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな 氏名				生年月日	年 月 日
	住所 地 (住民票住所)	郵便番号 鹿児島市			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		職業	
	居住 地	郵便番号			個人番号	
被保険者証等の記号 及び番号				(保険者番号) 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	連絡先 Tel 自宅 () — 勤務先 () — 携帯 () —					
別紙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。 なお、決定に当たっては、課税資料の閲覧に同意します。						
<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">郵便番号</div> 申請者住所 本人との続柄 ふりがな 申請者氏名 (署名又は記名押印) 申請者生年月日 年 月 日 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">鹿児島市長 殿</div>						

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、その所在地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。
- ・世帯調書及び養育医療意見書を添付してください。