

様式第2号（第3条関係）

養育医療給付申請書				
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日
	居住地	郵便番号	個人番号	
	現在地 (居住地と異なる場合)	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	
医療保険各法による記号及び番号				
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				
<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>申請者住所 郵便番号</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名（自署又は記名押印）</p> <p>電話番号</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">東近江市長 様</p>				
申請受付年月日		決定年月日		

記載上の注意

- ・「居住地」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。