

様式第2号（第3条第1項関係）

養育医療給付申請書				
児	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所 地	郵便番号	個人 番号	
	現 在 地	郵便番号		
扶養義務者	ふりがな 氏 名		児との 続 柄	
	居 住 地	郵便番号 電話	個 人 番 号	
被保険者の記号 および番号			保険者 の名称	
希望する指定養育医療機関の名称 および所在地		(所在地は乳児の現在地と同じ場合は省略可能)		
備考				
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。 年 月 日 草津市長 宛 申請者 住 所 氏 名 児との続柄				

申請受付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
---------------	-------	--------------	-------

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

記載上の注意

- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記載してください。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。
- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記載してください。
- ・「居住地」の欄は、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。