

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
	氏名		年 月 日
	住所地	〒	個人番号
	現在地	〒	
扶養義務者	ふりがな		児との続柄
	氏名		
	居住地	〒	個人番号
		TEL	
被保険者証等の記号および番号		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、日本工業規格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。