様式第５号（第８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 | |
| 住所地    (住民票所在地) | 郵便番号 | | | | | 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 | | |  | | | |
| 居住地 | 郵便番号 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | 個人番号 | |  | | | | |
| 被保険者証等の    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 | |  | | | | | | | | | | |
| 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、養育医療給付に伴う自己負担金決定に当たり、世帯の所得及び課税の状況について、公簿で確認することに同意します。  年　　月　　日  申請者住所 郵便番号  志布志市  本人との続柄  申請者氏名  　　　　　　　　　　 電話番号      　　志布志市長 　下　平　晴　行　様 | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | | 年　　月　　日 | | 決定年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 |

※　養育医療意見書及び世帯調書を添付してください。

（記入上の注意）

１　「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

２　「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。

３　「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。