

第3号様式（第4条関係）

養育医療給付申請書														
本人	ふりがな							性別			生年月日	年 月 日生		
	氏 名													
	個人番号													
	住 所 地 <small>(住民票所在地)</small>	〒												
	現 在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	〒												
扶 養 義 務 者	ふりがな							本人と の続柄			職業			
	氏 名													
	個人番号													
	居 住 地	〒								電話				
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														
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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 住所 申請者 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏 名 本人との続柄 () </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 電話番号 </div> 越谷市長 宛														

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」、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。
- ・「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。