|  |
| --- |
| 養育医療給付申請書年　　月　　日川島町長　　　　　 　　　様申請者　住　所氏　名　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　（　　　　）　　　本人との続柄（　　　　　　）養育医療の給付を受けたいので、川島町未熟児養育医療給付事業実施要綱第５条第１項の規定により下記のとおり申請します。 |
| 本人（新生児） | ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 居住地（住民票所在地） | 〒　　　　－川島町 |
| 現在地（住所地と異なる場合） | 〒　　　　－ |
| 扶養義務者（親） | ふりがな |  | 本人との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 〒　　　　－電話番号　　　　（　　　） |
| 被保険者証の記号・番号 |  | 保険者名 |  |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 備　　考 |  |

様式第１号（第５条関係）

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」の欄はお子様の現在所在地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」の欄は現在住所を記入してください。単身赴任・帰省している場合は現在の住所を記入してください。