

別 記

様式第1号(第3条関係)

彦根市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	
	居住地 (住民票所在地)	郵便番号							
	個人番号								
	現在地 (居住地と異なる場合)	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							
	個人番号								
	電話番号								
医療保険各法の記号および番号									
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 <small>(所在地は、本人の現在地と同じ場合は省略可能)</small>									
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。									
申請者住所 郵便番号									
本人との続柄 申請者氏名									
電話番号									
年 月 日									
彦 根 市 長 様									
申請受付年月日					決定年月日				

備考

- 「居住地」の欄は、住民登録のある住所を記入してください。
- 「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。