

様式第 3 号(第 5 条関係)

未 熟 児 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 住 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		職業	
	居 住 地					
	電 話 番 号		個人番号			
	勤務先名称	(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 (所在地は本人現在地と同じ 場合は省略可能)						
備 考						
別添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 本人との続柄 申請者氏名（自署又は記名押印） 電話番号 年 月 日 真庭市長 様						
申請受付年月日			決 定 年 月 日			

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、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。