

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
	個人番号				
	住 所	郵便番号			
	居 所 （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		
	個人番号				
	居住地	郵便番号			
	電話番号				
医療保険各法の 記号及び番号					
保険者等の名称					
希望する指定養育医療 機関の名称及び住所地 （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。					
申請者 住 所 郵便番号					
電 話 番 号					
氏 名					
本人との続柄					
年 月 日					
(宛先)					
大津市長					
申請受付年月日		年 月 日		決定年月日	
		年 月 日		年 月 日	

注1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

注2 「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注3 「居所」の欄は、住所地と異なる場所を居所としている場合に記入してください。
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。