

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 <small>（住所地と異なる場合）</small>	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				
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 機関の名称及び住所地 <small>（所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能）</small>					
備考					
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>（宛先）</p> <p style="text-align: center;">大津市長</p>					
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

注1 用紙の大きさは、日本工業規格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。