

様式第3号（第5条関係）

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			
			受給者番号							
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号								
	現 在 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							
	居 住 地	郵便番号								
	電 話 番 号									
被保険者証等の記号及び番号										
被保険者等の名称										
希望する指定養育医療機関の 名称及び所在地(本人現在地と 同じ場合は省略可能)										
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>申請者住 所 郵便番号</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名（自署又は記名押印）</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">伊 予 市 長 様</p>										
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	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。