

様式第3号

| 養育医療給付申請書   |                      |  |                  |          |
|---|----------------------|--|------------------|----------|
| 本<br>人  | ふりがな                 |  | 個人番号             |          |
|   | 氏 名                  |  |                  |          |
|   | 性 別                  | 男 ・ 女                                  | 生年月日             | 年 月 日    |
|   | 住 所 地<br>(住民票所在地)    | 〒                                      |                  |          |
|   | 現 在 地<br>(住所地と異なる場合) | 〒                                      |                  |          |
| 扶<br>養<br>義<br>務<br>者   | ふりがな                 |  | 個人番号             |          |
|   | 氏 名                  |  |                  |          |
|   | 本人との続柄               |  | 電話番号             | (      ) |
|   | 住 所 地<br>(住民票所在地)    | <input type="checkbox"/> 本人住所地と同じ<br>〒 |                  |          |
| 被 保 険 者 証 等 の<br>記 号 及 び 番 号  |                      |  | 保 険 者 等<br>の 名 称 |          |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地  |                      |  |                  |          |
| 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。<br><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">                         年 月 日<br/><br/>                         申請者 住 所 〒<br/><br/>                         氏 名<br/><br/>                         本人との続柄<br/><br/>                         電話番号<br/><br/>                         (あて先) 川口市長                     </div> |                      |  |                  |          |

注) 養育医療券を申請者の住所と違う場所(里帰り先など)に送付する希望がある場合は、備考欄に郵便番号、住所、宛名等をご記入ください。