

養育医療給付（継続）申請書

本人	ふりがな 氏名	()	男女	生年月日	令和 年 月 日
	住所地	〒		個人番号	
	現在地			出生時の体重	g
扶養義務者	ふりがな 氏名	()	本人との続柄		
	居住地	(本人住所地と同じ場合は省略可能)		個人番号	
	電話番号			職業	
被保険者証等の 記号及び番号				保険者名	
希望する指定養育医療機関の 名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
<p>別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付（継続）を申請します。 なお、当該申請に係る審査に際し、私及び世帯員の住民基本台帳、所得課税状況に関する情報を市長が確認することに同意します。</p> <p>(あて先) 甲府市長</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</p>					

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。（本人現在地と同じ場合は省略可能）