

養育医療給付申請書					
本 氏 名	ふりがな	いたばし じろう <b>板橋 次郎</b>	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生 年 月 日	令和○年 ○月 ○日
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号○○○-○○○○ <b>板橋区○-○-○ ○○マンション○号室</b>	個 人 番 号	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
人 現 在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号○○○-○○○○ <b>○○県○○市○-○-○ ○○病院</b>	個人番号が記入できない場合でも、空欄のままでも申請ができます。その際は、記入できない旨を職員へ申し出てください。			
	扶 養 義 務 者	ふりがな	いたばし たろう <b>板橋 太郎</b>	本人との 続 柄	<b>父</b>
居 住 地	郵便番号 ○○○-○○○○ <b>板橋区○-○-○ ○○マンション○号室</b>	「扶養義務者」の欄には健康保険の扶養主を記入してください。			
電 話 番 号	○○○-○○○○-○○○○	個 人 番 号	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		
被 保 険 者 証 等 の 記 号 お よ び 番 号	○○○-○○○○○○○	対象のお子様の加入される健康保険を記入してください。			
保 険 者 等 の 名 称	○○健康保険組合				
希望する指定養育医療機関 の名称および所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)	○○県○○市○-○-○ ○○病院				
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 ○○○-○○○○ <b>板橋区○-○-○ ○○マンション○号室</b>	窓口申請される方は、お父様でもお母様でも、どちらでも結構です。			
本 人 と の 続 柄	<b>父</b>				
申 請 者 氏 名	いたばし たろう <b>板橋 太郎</b>				
電 話 番 号	○○○-○○○○-○○○○				
令和○年 ○月 ○日					
(あて先) 東京都板橋区長					
<b>こちらの欄には何も記入しないでください。</b>					

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」の欄は、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。