様式第１号(第４条関係)

養　育　医　療　給　付　申　請　書

本人	ふりがな		男・女	生年月日	令和　　年　　月　　日
	氏　　名			個人番号	
	住　所　地 (住民票所在地)	(郵便番号：　　―　　) 出雲市			
	現　在　地 (住所地と異なる場合)	(郵便番号：　　―　　) 病院・診療所			
扶養義務者	ふりがな		本人との続　柄		職業
	氏　　名		個　人番　号		
	居　住　地	(郵便番号：　　―　　) 電話番号（　　－　　－　　）			
医療保険各法の記号および番号			保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
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。
併せて費用徴収額の決定のために、私及び私の世帯の、直近の住民税課税状況及び生活保護の認定状況の調査に同意します。

年　　月　　日

申請者　(郵便番号：　　－　　)
住　　所
氏　　名
本人との続柄
(電話番号：　　－　　－　　)

出雲市長　様

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。