第１号様式（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付申請書 | | | | | | | | | |
| 本  人 | ふりがな  氏　　　名  （乳児） | | 新居浜　花子 | | 男・女 | | | 生年月日 | 令和４年５月１日 |
| 住　所　地  （住民票所在地） | | 〒792－0000  新居浜市一宮町一丁目5番1号 | | | | | 個人番号 | 123456789012 |
| 現　在　地  （住所地と異なる場合） | | 〒 － | | | | | | |
| 保  護  者 | ふりがな  氏　　　名 | | 新居浜　太郎 | | | 本人との続柄 | | | 父 |
| 居　住　地 | | 〒792－0001  新居浜市一宮町一丁目5番1号 | | | | | | |
| 電話番号 | | 090-1234-5678 | | | | | 個人番号 | 012345678910 |
| 被保険者証等の  記号及び番号 | | | 1111 2222 | | | | | | |
| 保険者等の名称 | | | 全国健康保険協会　新居浜支部 | | | | | | |
| 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） | | | 新居浜市立中央病院  新居浜市一宮町一丁目１番１号 | | | | | | |
| 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。  令和４年　５月３０日  （宛先）新居浜市長  申請者　住　所　〒792－0001　新居浜市一宮町一丁目５番１号  本人との続柄　　父  申請者氏名（自署又は記名押印）　新居浜　太郎　　　印  （扶養義務者）  電話番号　090-1234-5678 | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | |  | | 決定年月日 | | |  | | |

　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。