

養 育 医 療 給 付 申 請 書						
本 人	フリガナ		男・女	生年 月日	令和	年 月 日
	氏 名					
	住 所 地 (住民票所在地)	〒		個人 番号		
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒				
扶 養 義 務 者	フリガナ		本人との 続柄			
	氏 名					
	居 住 地	〒				
	電 話 番 号		個人番号			
医 療 保 険 各 法 の 記 号 及 び 番 号						
被 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						
芦 屋 市 長 宛て 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 年 月 日 申請者住所 〒 芦屋市 町 番 号 本人との続柄 申請者氏名 電話番号 ()						
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。