

## 養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		男・女	生 年 月 日	年	月	日
	住 所 地 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号		個 人 番 号			
	現 住 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号					
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏名		本人との 続柄				
	居 住 地	郵便番号					
	電 話 番 号		個 人 番 号				
健康保険等の 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 の名称および所在地 <small>(所在地は本人現住地と同じ場合は省略可能)</small>							
備 考							
<p>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。</p> <p>申請者住所 郵便番号 _____</p> <p>本人との続柄 _____</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">板橋区長 殿</p>							
申請受付年月日	年 月 日	經由	板・上・赤・志・高	決定年月日	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。
- 「現住地」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。