

第9号様式（第11条関係）

養育医療給付申請書									
本人	氏名 ふりがな		男・女	生 月 日	年	月	日		
	住所 地 (住民票所在地)	郵便番号			個人 番 号				
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号							
扶 養 義 務 者	氏名 ふりがな				本人との 続柄				
	居住地	郵便番号							
	電話番号		個人 番 号						
被保険者証等の 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 (所在地は本人現在地と同 じ場合は省略可能)									
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: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 東京都板橋区長</p>									
健康福祉センター 申請受付年月日	年 月 日 板・上・赤・志・高	健康推進課 受理年月日	年 月 日	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。