|  |
| --- |
| 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（住民票所在地） | 郵便番号   | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現住地（住所地と異なる場合） | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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（所在地は本人現住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。　　申請者住所　　郵便番号 　　　本人との続柄　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　電話番号 　　　　 年　　月 　日 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 練馬区長　殿 |
| 申請受付年月日 |  | 決定年月日 |  |

第６号様式（第５条関係）

記入上の注意

「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」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。