様式第2号(第3条関係)

養　育　医　療　給　付　申　請　書

本人	氏　　名 (フリガナ)		男・女	生年月日	年　　月　　日
	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	氏　　名 (フリガナ)			本人との続柄	
	居　住　地	〒			
	電　話　番　号			個人番号	
医療保険各法の記号及び番号					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
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　　〒

申請者氏名・本人との続柄
(自著もしくは記名押印)

電　話　番　号

年　　月　　日　　茨　城　町　長　　宛

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下さい。
- 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入して下さい。病院等に入院している時は、その住所を記入して下さい。
- 「居住地」欄は現在居住している住所を記入して下さい。帰省等している場合は帰省先等を記入して下さい。