|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。