

様式第3号（第4条関係）

養育医療給付申請書						
本人	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住所地	〒				
	現在地	〒				
扶養義務者	フリガナ		本人との続柄		電話	
	氏 名					
	居住地	〒			個人番号	
被保険者証等の記号及び番号			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。 年 月 日 申請者住所 〒 連絡先電話番号 申請者氏名 本人との続柄（ ） 越生町長 あて						
申請受付月日			決定年月日			

※申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。※住所地の欄には、住民票上の住所を記入してください。

※現在地の欄には、住所地と異なる場合、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、その所在地を記入してください。

※居住地の欄には、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。

（情報提供について）

私の世帯に関する所得税等の情報については、税務課で管理する課税台帳により、収集することに 同意します。 同意しません。

氏名

印