様式第１号（第５条、第９条関係）

養育医療給付申請書

<table>
<tr><td colspan="2">母子(親子)
健康手帳の番号</td><td>市町村 No.47325
(　　－　　)</td><td>申請受付
年 月 日</td><td>令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受
療
者</td><td>フリガナ
氏　　名</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>令和　　年　　月　　日</td><td>性　　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>居 住 地</td><td colspan="3">嘉手納町</td></tr>
<tr><td>現 住 所</td><td colspan="3">（※）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">扶
養
義
務
者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>昭和･平成　　年　　月　　日</td><td>受 療 者
との続柄</td><td>父・母・(　　)</td></tr>
<tr><td>居 住 地</td><td></td><td>職　　業</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証等の
記号及び番号</td><td></td><td>保険者等
の 名 称</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">希望する
指 定 医
療 機 関</td><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

嘉手納町長　　殿

上記のとおり、養育医療の給付を申請します。なお、申請にあたり、私は私の世帯員の委任を得て、審査に必要な次のことに同意します。

1　受療者と扶養義務者との続柄の調査
2　受療者の属する世帯構成員の町民税課税状況の調査
3　受給者の属する世帯の生活保護受給状況の調査
4　受給者の属する世帯の中国残留邦人等の支援給付状況の調査

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　印

続　柄

連絡先

（※）居住地と住民票の所在地が異なる場合に記載してください。

記入例

様式第１号（第５条、第９条関係）

養育医療給付申請書

母子(親子)健康手帳の番号		市町村 No.47325 (　　－　　)	申請受付年月日	令和　　年　　月　　日
受療者	フリガナ 氏名	カデナ タロウ 嘉手納　太郎	個人番号	000000000000
	生年月日	令和　２年　２月　５日	性別	(男)・女
	居住地	嘉手納町字嘉手納５８８番地		
	現住所	（※）		
扶養義務者	氏名	嘉手納　一郎	個人番号	000000000000
	生年月日	(昭和)平成 63 年 12 月 30 日	受療者との続柄	(父)・母・(　　)
	居住地	受療者に同じ	職業	一般事務員
被保険者証等の記号及び番号		嘉国　0000000001	保険者等の名称	嘉手納町
希望する指定医療機関	名称	うるま市字宮里２８１番地		
	所在地	沖縄県立中部病院		

嘉手納町長　　殿

上記のとおり、養育医療の給付を申請します。なお、申請にあたり、私は私の世帯員の委任を得て、審査に必要な次のことに同意します。

1　受療者と扶養義務者との続柄の調査
2　受療者の属する世帯構成員の町民税課税状況の調査
3　受給者の属する世帯の生活保護受給状況の調査
4　受給者の属する世帯の中国残留邦人等の支援給付状況の調査

令和　２　年　２　月　１０日

申請者　住　所　嘉手納町字嘉手納５８８番地

氏　名　嘉手納　一郎　（嘉手納）印

続　柄　父

連絡先　０９８－９５６－１１１１

（※）居住地と住民票の所在地が異なる場合に記載してください。