

（市提出用）

養育医療給付申請書

公費負担者番号		2	3	4	0	6	1	9	2	受給者番号										
本人	ふりがな氏名									性別	男・女	生年月日	年 月 日							
	個人番号																			
	住所地 （住民票所在地）	郵便番号																		
	現在地 （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										
	個人番号																			
	居住地	郵便番号 電話																		
保険者等の種類及び名称		（ 健保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 生保 ）																		
医療保険各法による記号及び番号		記号										番号								
希望する指定養育医療機関の名称																				
医療券の有効期間		年 月 日から										年 月 日まで								
自己負担額										月額				円		出生時体重		g		

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請に係る書類審査のため、本人の子ども医療の資格、住民票上の世帯状況及び課税状況並びに生活保護受給について確認されることに同意します。

年 月 日

（あて名） 大野城市長 宛

申請者 住 所 （郵便番号）
電話番号
氏 名
本人との続柄