

（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 <small>（住民票所在地）</small>	郵便番号							電話							
	現在地 <small>（住所地と異なる場合）</small>	郵便番号														
扶養義務者	ふりがな 氏名								職業				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							被保険者証等の記号及び番号			記号		番号		
希望する指定養育医療機関	名称															
	所在地															
診療予定期間		年 月 日から							年 月 日まで							
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			出生時 体重		g		
									円							

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、本人の子ども医療受給の有無、世帯構成員の課税状況及び生活保護受給の有無を確認されることについて承認します。

年 月 日

申請者 住 所（郵便番号）

電話番号

氏 名（自署もしくは記名押印）

本人との続柄

大野城市長 様