

養育医療給付申請書

公費負担者番									受給者番号								
本人	ふりがな 氏名							男・女	生 年 月 日	年 月 日生							
	個人番号 <small>(12桁)</small>								電 話 番 号	— —							
	居 住 地 <small>(住民票所在地)</small>																
	現 在 地 <small>(住所と異なる場合)</small>																
扶 養 者	ふりがな 氏名											本人との 続柄					
	個人番号 <small>(12桁)</small>								電 話 番 号	— —							
	居 住 地																
保険者等の名称		健保 国保 共済 生保						被 保 険 者 等 の 記 号 及 び 番 号			記号		番号				
指定養育医療機関の 名称																	
この券の有効期間		年 月 日 から							年 月 日 まで								
自 己 負 担 額		A	B	C	D	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。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

本人との続柄

福津市長 殿

受 付 印
