

養育医療給付申請書

公費負担者番	2	3	4	0	6	2	3	4	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>(住所地と異なる場合)</small>															
扶養者	ふりがな氏名								職業			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							被保険者証等の記号及び番号	記号		番号					
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															
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
