

養育医療給付申請書

公費負担者番号	2	3	4	0	6	2	3	4	受給者番号								
本人	氏名	ふくつ はなこ 福津 花子							男・女	生年月日	令和6年 4月 1日生						
	個人番号 (12桁)	012345678910							電話番号	0940 - 42 - 1111							
	居住地 (住民票所在地)	福津市中央1丁目1-1															
	現在地 (住所と異なる場合)	福岡市東区馬出3丁目1番1号															
扶養義務者	氏名	ふくつ いちろう 福津 一郎							職業	会社員	本人との続柄	父					
	個人番号 (12桁)	109876543210							電話番号	090 - XXXX - XXXX							
	居住地	福津市中央1丁目1-1															
保険者等の名称	健保 国保 共済 生保 全国健康保険協会 福岡支部							被保険者証等の記号及び番号	記号	11111	番号	55					
指定養育医療機関	名称	九州大学病院															
	所在地	福岡市東区馬出3丁目1番1号															
診療予定期間	令和6年4月1日から 令和7年3月31日まで																
この券の有効期間	年 月 日から 令和 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。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

申請者 住所 福津市中央1丁目1-1

氏名 福津 一郎

生年月日 昭和・平成 XX 年 XX 月 XX 日生

本人との続柄 父

福津市長 殿

受付印