

養育医療給付申請書

公費負担者 番 号				受給者 番 号			
本 人	氏 名 <small>（ふりがな）</small>	男・女		生 年 日 月 日	年 月 日生		
	個人番号 <small>（12桁）</small>			電 話 号 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 義 務 養 者	氏 名 <small>（ふりがな）</small>			職 業	本人と の続柄		
	個人番号 <small>（12桁）</small>			電 話 号 番 号	— —		
	居 住 地						
保 險 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	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	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。

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
