

（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 (住民票所在地)		郵便番号							電 話								
	現 在 地 (住所地と異なる場合)		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			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。

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

本人との続柄

大野城市長 様