様式第１号（第４条関係）

養育医療給付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ふりがな氏　　名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 個人番号 |  | 出生時体重 | 　　　　　ｇ |
| 住所地(注1) |  |
| 現在地(注2) |  |
| 扶養義務者 | ふりがな氏　　名 |  | 本人との続柄 |  |
| 個人番号 |   |
| 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 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療予定期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 備　　考 |  |

　　別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄　　　　　　　　　　　）

　　八　女　市　長

 ※記載上の注意

　注１：「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

　注２：「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。