様式第１号

公費負担番号	2	3	4	0	6	0	4	4
公費負担医療の受給者番号								

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	
	住　所	大牟田市		個人番号		
	現在地					
扶養義務者	氏　名		本人との続柄		職業	
	住　所	大牟田市				
	電話番号		個人番号			
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称			
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					

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 ……

本人との続柄 ……

大牟田市長　殿