

様式第1号

【記入例】

本人欄は、すべて赤ちゃんについてご記入ください。また「住所」は住民票上の住所地を、「現在地」は現在居住している場所（入院の場合の病院等）をご記入ください。

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	市役所で記入します							

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名	おおむた はな 大牟田 花	男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	令和 1 年 4 月 1 日
	住所	大牟田市有	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
	現在地	〇〇市	「扶養義務者」の欄には、赤ちゃんの保護者（父、母、もしくは監護する者）についてご記入ください。 赤ちゃんのマイナンバーを記入		
扶養義務者	氏名	大牟田 大地	本人との続柄	父	職業 会社員
	住所	大牟田市有明町2-3（住民票の住所地）		保護者のマイナンバーを記入	
	電話番号	(電話) 090-111-2222	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	
被保険者証等の記号及び番号		4444 555	保険者等の名称		全国健康保険協会福岡支部
指定養育医療機関	名称	▽▽病院 赤ちゃんの健康保険についてご記入ください。			
	所在地	〇〇市△△町××番地☆ 入院・通院している病院の名称及び所在地についてご記入			
診療予定期間	令和 1 年 4 月 1 日から 令和 2 年 3 月 31 日まで				
この券の有効期間	別添の[養育医療意見書]に記載されている診療予定期間をご記入ください。この欄は市役所で記入します				

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。

令和 1 年 4 月 20 日

申請者 住所 大牟田市有明町2-3（住民票の住所地）
 氏名 大牟田 大地
 本人との続柄 父

大牟田市長 殿

提出される日付及び保護者（上記保護者欄と同じ）の住所、氏名、本人との続柄を記載してください。