

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 印 本人との続柄 大 牟 田 市 長 殿									