

様式第 1 号（第 3 条、第 5 条関係）

養育医療給付申請書

公 費 負 担 者 番 号		2	3	4	0	6	1	7	6	受 給 者 番 号						
本 人	ふりがな氏名 (個人番号)	ちくしの 筑紫野 一郎 (12桁の番号)								男 女	令和7. 12. 1 生					
	居 住 地	筑紫野市〇〇〇-××								電 話	09×-×××-××××					
	現 在 地	福岡市〇〇〇-△△ (入院中の病院の住所)														
扶 養 義 務 養 者	氏 名 (個人番号)	ちくしの 筑紫野 太郎 (12桁の番号)								本人との続柄		父				
	居住地	筑紫野市〇〇〇-××								電 話	09×-×××-××××					
保 険 者 等 の 名 称		(健保) 国保 共済 生保 全国健康保険協会 福岡支部								記号 1111		番号 55				
指定養育 医療機関	名 称	△△△病院														
	所在地	福岡市〇〇〇-△△ (入院中の病院の住所)														

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、未熟児養育医療の給付の審査に必要な住民登録の状況について調査することに  
同意します。

(宛先) 筑紫野市長

〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住 所 筑紫野市〇〇〇-××

氏 名 筑紫野 太郎 印

生年月日 平成 2・1・11 生

本人との続柄 父

受 付 印

○太枠以外を記入し、養育医療意見書、世帯調書、同意書、市町村民税課税証明書等（同意書があれば不要）を添付してください。