

様式第 1 号（第 3 条、第 5 条関係）

養育医療給付申請書

○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。

公 費 負 担 者 番 号										受 給 者 番 号						
本 人	ふりがな氏名 (個人番号)	男・女 . . 生 ( )														
	居 住 地															
	現 在 地															
扶 養 義 務 者	氏 名 (個人番号)	( )							本人との続柄							
	居住地	電話														
保 険 者 等 名 称		健保 国保 共済 生保								記号		番号				
指定養育医療機関	名 称															
	所在地															

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。

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

申請者 住 所

氏 名

生年月日 . . 生

本人との続柄

受 付 印