

様式第1号（第3条、第5条関係）

養育医療給付申請書

○自己負担額欄は、いずれかをチェックしC Dには階層番号を記入すること。
 ○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	2	3	4	0	6	1	7	6	受給者番号								
本人	氏名 (個人番号)	()										男・女	生					
	居住地	電話																
	現在地																	
扶養義務者	氏名 (個人番号)	()							職業	本人との続柄								
	居住地	電話																
保険者等の名称	健保 国保 共済 生保				被保険者証等の記号及び番号			記号			番号							
指定養育医療機関	名称																	
	所在地																	
診療予定期間	. . から . . まで																	
この券の有効期間	. . から . . まで																	
自己負担額	A	B	C	D	月額			円		出生時体重		g						

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

申請者 住所

氏名

印

生年月日

.

.

生

本人との続柄

受

付

印

(宛先) 筑紫野市長