

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。  
○自己負担額欄は、いずれかをチェックしCDには階層番号を記入すること。

公費負担者番	2	3	4	0	6	1	7	6	受給者番									
本人	ふりがな氏名	ちくしの 筑紫野 一郎							男	令和2.2.1 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）																
扶養義務者	氏名	ちくしの 筑紫野 太郎						職業	会社員		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					被保険者証等の記号及び番号	記号		番号							
		全国健康保険協会		福岡支部					1111		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）																
診療予定期間	令和2.2.1 から 令和3.1.31 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。

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 昭和 58.1.11 生

本人との続柄 父 受付印

(宛先) 筑紫野市長