

(事務所用)

養育医療給付申請書

公費負担者番	号	2	3	4	0	6	2	0	0	受給者番	号								
本人	氏名	男・女 令和 年 月 日生																	
	居住地	〒 -									個人番号								
		電話																	
現在地																			
扶養義務者	氏名										職業				本人との続柄				
	居住地	〒 -									個人番号								
		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		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																	
この券の有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																	
自己負担額		A	B	C	D	月額						出生時			円 体重 g				

上記のとおり関係書類を添えて申請します。
 また、申請に係る書類審査のため必要な情報を取得し確認されることについて承認します。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

生年月日 年 月 日

本人との続柄

受付印

宗像市長 殿

