

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

豊見城市長 殿

申請者居住地 〒 _____

氏 名 _____
(自署もしくは記名押印)

受療者との続柄 _____

連 絡 先 _____

母子(親子)健康手帳の番号							
受 療 者	氏 <small>ふりがな</small> 名		性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日	
	居 住 地					個人 番号	
扶 養 義 務 者	氏 <small>ふりがな</small> 名		受療者 との 続 柄		生年月日	年 月 日	
	居 住 地		個人 番号			職 業	
被保険者証等の 記号及び番号					保険者等 の 名 称		
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関		名 称					
		所 在 地					
こども医療費助成金 受給資格者証番号							
備 考							
※申請受付年月日		令和 年 月 日	決定年月日		令和 年 月 日		

記載上の注意

- ・「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。