

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

南 城 市 長 殿

申請者居住地

氏 名

受療者との続柄 ()

連絡先 ()

母子(親子)健康手帳の番号		市町村 No. ()				
受療者	ふりがな氏名		性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日
	居住地					
	現住所	(※)				
扶養義務者	氏名		受療者との続柄		生年月日	年 月 日
	居住地				職業	
被保険者証等の記号及び番号		記号 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					
※申請受付年月日		年 月 日				
備考						

(※) 居住地と住民票の所在地が異なる場合に記載してください。

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。