

養育医療給付申請書							
本人	フリガナ 氏 名			男・女	生年月日	年 月 日	
	居 住 地					校区	
	現 在 地 <small>(居住地と異なる場合)</small>				個人番号		
扶養 義務者	氏 名			本人との続柄		職業	
	居 住 地						
	電話番号				個人番号		
被保険者等の名称 記号及び番号							
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>							
備 考							
<p>別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p>申請者住所</p> <p style="text-align: right;">(TEL)</p> <p>本人との続柄 (フリガナ) 申請者氏名 (自署もしくは記名押印)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">熊本市長 (宛)</p>							
受 付 場 所		受付年月日		本申請書を審査した結果、養育医療給付を (必要・不必要) と認める。 年 月 日 熊 本 市 長 印			
中央・東・西・南・北							
受 付 番 号		進達年月日					

(記載上の注意

- ・ 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・ 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・ 「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。

個人番号関係	身元確認 (本人・代理人)	未 済 ・ 済	1 個人番号カード	2 運転免許証	3 その他 ()
	個人番号確認	未 済 ・ 済	1 個人番号カード	2 通知カード	