

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 （居住地と異なる場合）			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		
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 （所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能）						
備 考						
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。 申請者住所 (TEL) 本人との続柄 (フリガナ) 申請者氏名 年 月 日 熊本市長 (宛)						
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	

