養育医療給付申請書											
本	フリガナ 氏 名				男・女	生年	月日		年	月	目
人	居住地					•		校区			
	現在地 (居住地と異なる場合)	Ţ				個人	【番号		•		
	氏 名				本人と の続柄			職業	\$		
扶養 義務者	居住地										
	電話番号					個	人番号				
個人番号											
被保険を 記号及で	省等の名称 『※号										
	の番号 る指定養育医療										
	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				`				ŕ		
	年 月	日									
		熊本	市長	(宛)							
受付	寸場 所	受付年月日	1		書を審査	した結り	果、養育	育医療絲	計を	(必要	• 不必要)
	東・西・南・北			と認め		п	п				
受付	寸番 号	進達年月日	1		年	月	日熊を	本 市	長	印	

(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 ()
個八番万 関係	個人番号確認	未済・ 済	1 個人番号カード	2 通知カード		