記入例

様式第１号（第３条第１項関係）

養育医療給付申請書

本人	フリガナ 氏　名	モリノ　ミヤコ 森野　美弥子	男・女	生年月日	令和 8 年 4 月 1 日
	住　所	〒860-8601 熊本市　中央　区　手取本町１番１号			
	現在地 （※上記住所と異なる場合）	熊本市東区東町４丁目１番60号			
扶養義務者	フリガナ 氏　名	モリノ　タロウ 森野　太郎	本人との続柄	父	
	住　所	☑ 本人と同じ（以下の住所記載は不要です） 〒 熊本市　区			
	電話番号	012-345-6789			
保険者等の名称記号及び番号	保険者名	全国健康保険協会 熊本支部	保険者番号	01430016	
	記号	123456	番号	789	枝番 01
指定養育医療機関名	熊本市民病院				
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。

申請日　令和 8 年 4 月 10 日

（フリガナ）　モリノ　タロウ

申請者氏名　森野　太郎　　本人との続柄　父

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	

保険情報	☐ 目視確認済		
個人番号関係	申請者確認	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その他（　　）

※記載上の注意

「現在地」の欄は、現在所在する場所（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。