

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			
	住 所	〒 熊本市 区								
	現 在 地 (※上記住所と異なる場合)									
扶養義務者	フリガナ 氏名						本人との 続柄			
	住 所	<input type="checkbox"/> 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									
保険者等の名称 記号及び番号		保 険 者 名				保 険 者 番 号				
		記 号			番 号			枝 番		
指定養育医療機関名										
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>申請日 年 月 日</p> <p>(フリガナ) 申請者氏名 _____ 本人との続柄 _____</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								
保険情報		<input type="checkbox"/> 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。