

## 養育医療給付申請書

公費負担者番号	2	3	4	0	6	1	3	5	受給者番号							
本人	氏名	男・女 ・ ・ 生														
	個人番号															
	居住地	電話														
	現在地															
扶養義務者	氏名								職業				本人との続柄			
	個人番号															
	居住地	電話														
保険者等の名称	健保 国保 共済 生保							被保険者証等の記号及び番号	記号			番号				
指定養育医療機関	名称															
	所在地															
診療予定期間	・ ・ から ・ ・ まで															
この券の有効期間	・ ・ から ・ ・ まで															
自己負担額	A	B	C	D	月額				円		出生時 体重	g				

**同意事項**

養育医療の給付の認定に必要な受療者の属する世帯構成員の住民基本台帳及び市民税関係、生活保護の認定状況調査に同意します。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

生年月日 昭和・平成 ・ ・ 生

本人との続柄

行橋市長 殿



子ども支援課 受付印
---------------