

養育医療給付申請書

公費負担者番号		23406218		受給者番号			
本人	ふりがな 氏名			男・女	生年月日	令和 年 月 日	
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号： 太宰府市					
	現在地 (住民票と異なる場合)			個人 番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名			本人との続柄			
	居住地	郵便番号： 太宰府市					
	電話番号			個人 番号			
被保険者証等の 記号及び番号		記号： 番号：					
被保険者等の名称と種別 【 】内の種別を○で囲む		名称： 種別：【 健保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 生保 】					
指定養育 医療機関	名称						
	所在地						

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：

郵便番号：

本人との続柄：

申請者氏名：

電話番号：

令和 年 月 日

太宰府市長 殿

※記載上の注意

「住所地」は、住民票上の住所を記入。

「現在地」は、現在所在する場所（入院中は入院先の住所を記入）。

「居住地」は、現在居住している住所（帰省等の場合は帰省先等を記入）。

受付印