

様式第1号その1

## 養育医療給付申請書

公費負担者番号	2	3	4	0	6	0	3	6	受給者番号									
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

代理人記載欄(申請手続きに来られた方が、扶養義務者と異なる場合は以下の代理人の欄に記載してください。)

代理人	ふりがな											扶養義務者との続柄					
	氏名																
	居住地											電話番号					

扶養義務者	氏名											対象児との続柄						年齢	歳
	個人番号																	<input type="checkbox"/>	/
	居住地	福岡市 区																	

対象児	ふりがな											性別						生年月日	年	月	日
	氏名											男・女									
	個人番号																				
	居住地	福岡市 区																			
	現在地 (医療機関所在地)																				

被保険者証の 記号及び番号	記号						番号						保険者等の名称	社保・国保・生保				
------------------	----	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	---------	----------	--	--	--	--

指定養育医療機関	名称																		
	所在地	〒																	

診療予定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで																	
--------	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

この券の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで																	
----------	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。  
年 月 日

申請者 住 所 福岡市 区

氏 名

福岡市長様 対象児との続柄 \_\_\_\_\_

<p>&lt;1点確認書面&gt; <input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>住基カード(写真付) <input type="checkbox"/>運転免許証、運転経歴証明書 <input type="checkbox"/>旅券 <input type="checkbox"/>身障手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/>在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>&lt;2点確認書面&gt; <input type="checkbox"/>住基カード(写真なし) <input type="checkbox"/>公的医療保険・被保険者証 <input type="checkbox"/>年金手帳 <input type="checkbox"/>児童扶養手当証明書、特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/>その他( ) <input type="checkbox"/>その他( )</p>	保健所受付印	こども未来局受付印
---	--------	-----------

(注) 太枠内は記入しないでください。