

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を記載してください。)

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
----------	---	---	---	----	---	---	---	----

福岡市長 殿 年 月 日

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。

申請者 住所 福岡市 区

氏 名

対象児との続柄 _____

<1点確認書面> <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()	区受付印	こども未来局受付印
<2点確認書面> <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()		

(注) 太枠内は記入しないでください。