

## 養育医療給付申請書

本 人	フリガナ			1	男								
	氏名	(姓)	(名)	2	女								
	生年月日	年	月	日	*満1歳未満の方が対象です。								
	住所			個人番号									
保 護 者	フリガナ												
	氏名	(姓)	(名)										
	生年月日	年	月	日	電話番号 ( )								
	本人との続柄	1 父 2 母 3 その他 ( )											
	フリガナ	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
	住所			個人番号									
医療保険各法の記号及び番号		保険者番号											
		保険者名											
医療機関名													
<p>「養育医療の給付を申請される方へ」に記載された内容を理解しましたので、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。</p>													
		年	月	日	申請者氏名								
福生市長 宛て													

福生市受付印

認 定	非認定
入 力	

- (注) 1 太枠内のみ記入してください。  
 2 医療保険各法の記号、番号等については、必ず資格確認書等を見て、正確に記入してください。