

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

養育医療給付申請書

本人 (乳児)	ふりがな					性別					
	氏名					男・女	生年月日	令和	年	月	日
	居住地										
	現在地										
扶養義務者	氏名										
	生年月日	大正・昭和・平成				年	月	日	本人との続柄		
	居住地	〒			TEL			職業			
被保険者証等の記号及び番号							保険者等の名称				
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地	名称										
	所在地										
子ども医療費受給者番号											
備考											
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p>申請者住所</p> <hr/> <p>本人との続柄</p> <hr/> <p>申請者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">(記名押印又は署名)</p> <hr/> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">別府市長 あて</p>											
※申請受付年月日					※決定年月日						

注 ※欄は市記入