

養育医療給付申請書

年 月 日

沖縄市長 宛

別紙関係書類を添えて下記のとおり養育医療の給付を申請します。

申請者住所（〒 - ）

申請者氏名

本人との続柄

電話番号 - -

母子(親子)健康手帳の 番号		- -					
本人	ふりがな氏名			性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 -				個人 番号	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒 -					
扶 養 義 務 者	ふりがな氏名			本人 との 続 柄		生年月日	年 月 日
	居 住 地	〒 -				個人 番号	
	電 話 番 号	- -				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 (本人現在地と同じ場合省略可能)					
備 考							
申請受付年月日		年 月 日		決定年月日		年 月 日	

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院している時は、その住所を記入してください。

こちらには記入しないでください。（受付担当者記入欄）

- ①申請者身元確認
- ・1つで可【個人番号カード 運転免許証 パスポート その他（ ）】
 - ・2つ以上【健康保険証 住民票 年金手帳 その他（ ）】
- ②個人番号の確認、閲覧と照会に関する説明 済