

(事務所用)

養育医療給付申請書

公費負担者番号	2	3	4	0	6	0	7	7	受給者番号							
本人	氏名	令和 男・女 生														
	居住地															
	現在地															
扶養義務者	氏名								職業				本人との続柄			
	居住地								個人番号							
保険者等の名称	健保 国保 共済 生保							被保険者証等の記号及び番号	記号			番号				
指定養育医療機関	名称															
	所在地															
診療予定期間	令和 . . から 令和 . . まで															
この券の有効期間	令和 . . から 令和 . . まで															
自己負担額	A	B	C	D	月額			円		出生時体重	g					

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名 印
生年月日 昭和・平成 . . 生
本人との続柄

飯塚市長 様

受付印

飯塚市確認欄

扶養義務者のマイナンバー確認書類	個 通 住 証 コ ネ
------------------	----------------

身元確認書類 申・他()	1点 免 パ 障 住B 個 2点 保 年 証 学 住A 医 E Z K KT SF SB
------------------	--

(事務所用)

養育医療給付申請書

赤ちゃんの氏名、性別、生年月日

公費負担者番号	2	3	4	0	6	0	7	7	受給者番号				
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	--	--	--	--

赤ちゃんの12ケタの個人番号（通知書が未達の場合等は記入不要）

赤ちゃんの父母（なるべく赤ちゃんが加入している保険証の扶養義務者の）氏名、職業、赤ちゃんとの続柄を記入

本人	氏名	ふくおかいちろう 福岡一郎		性別	男	女	生年月日	令和 1.5.1	生
	居住地	〇〇市〇〇〇××-△△							

赤ちゃんの住民票基本台帳上の居住地

現在地	久留米市津福本町422		赤ちゃんが入院している病院の住所
-----	-------------	--	------------------

扶養義務者の住民票基本台帳上の居住地及び電話番号

扶養義務者	氏名	福岡太郎		職業	会社員	本人との続柄	父
	居住地	〇〇市〇〇〇××-△△		個人番号	9876	5432	1000

扶養義務者の12ケタの個人番号

赤ちゃんが加入している保険証の名称及び記号番号

保険者等の名称	健保	国保	共済	生保	被保険者証等の記号及び番号	記号 11111	番号 55
---------	----	----	----	----	---------------	-------------	----------

指定養育医療機関	名称	聖マリア病院	
	所在地	久留米市津福本町422	

赤ちゃんが入院している病院の名称及び住所

診療予定期間	令和 . . から 令和 . . まで
この券の有効期間	令和 . . から 令和 . . まで
自己負担額	A B C D 月額 円 出生時体重 g

市役所に養育医療の申請手続きに来られた方の住所・氏名・生年月日・続柄（赤ちゃんからみた続柄）を記入し押印してください。

ここに記入する方と上の扶養義務者の欄で記入した方の氏名が異なり、且つ赤ちゃんと同一世帯でない場合、別途委任状が必要になることがあります。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 〇〇市〇〇〇××-△△

氏名 福岡太郎

生年月日 昭和 平成 58・1・12 生

本人との続柄 父

飯塚市長 様



受付印

飯塚市確認欄

扶養義務者のマイナンバー確認書類	個 通 住 証 コ ネ
------------------	----------------

身元確認書類	1点 免 パ 障 住B 個
申・他()	2点 保 年 証 学 住A 医 E Z K KT SF SB

個：個人番号カード 通：通知カード
 住：マイナンバー入りの住民票の写し
 証：住民票記載事項証明書
 コ：住民基本台帳で確認 ネ：住基ネットで確認