

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

南風原町長 殿

申請者居住地

氏 名

受療者との続柄

連絡先 ()

母子(親子)健康手帳の番号		市町村No. ()			
受療者	ふりがな氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日
	居住地			個人番号	
	現住所	(※)			
扶養義務者	氏名	受療者との続柄		生年月日	年 月 日
	居住地			個人番号	
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	名称				
	所在地				
※申請受付年月日		年 月 日			
備考					

(※) 居住地と住民票の所在地が異なる場合に記載してください。