

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 | | | | 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 | 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。