

受給者番号					

養育医療給付継続 (変更) 申請書

受療者	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	平成	年	月	日
	居住地	郵便番号						
	現所在地 (居住地と異なる場合)	郵便番号						
扶養義務者	ふりがな 氏名		受領者との続柄	連絡先				
	居住地	郵便番号						
被保険者証等の記号及び番号					被保険者等の名称			
被保険者の氏名								
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地は本人現所在地と同じ場合は省略可能)								
備考								
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付の継続 (変更) を申請します。								
申請者住所 郵便番号								
本人との続柄								
申請者氏名								
						印		
申請者生年月日				年	月	日		
平成 年 月 日								
福井市長 あて								
申請受付年月日								

記載上の注意

- ・「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現所在地」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ときは、その住所を記入してください。
- ・電話番号は、日中連絡のつく番号を記入してください。

添付書類

- 1 養育医療意見書 (様式第2号)
- 2 世帯調書 (様式第3号)
- 3 世帯調書に記載された者の所得税等の税に関する証明書等
- 4 その他市長が必要と認める書類

住民コード (本人)					
子・母・重 / 訪口 保・所・印・その他					受付