

住民コード（扶養義務者）						

養育医療給付申請書						
本人	子の名前	ふくい いちのすけ 福井 市之助		男 女	生年月日	令和2年6月10日
	居住地	郵便番号 910-8511 福井市大手3丁目10-1				
	現在地 (居住地と異なる場合)	郵便番号 910-1104 永平寺町松岡下合月23-3				
扶養義務者	氏名	ふくい いちろう 福井 市郎		本人との続柄	父	
	居住地	郵便番号 同上（子と異なる場合は、記入）				
	電話番号	090-1234-5678		個人番号		
被保険者証等の記号及び番号		123 45				
保険者等の名称		全国健康保険協会 福井支部				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)		福井大学医学部附属病院				
備考		病院名				
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。						
扶養義務者と同じ方		申請者住所 郵便番号		同上		
		本人との続柄		父		
		申請者氏名		福井 市郎		
		電話番号		090-1234-5678		
				福井		
		令和2年6月15日		福井市長 あて		
申請受付年月日			決定年月日			

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市町村民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					受	
保・所・印・その他					付	