

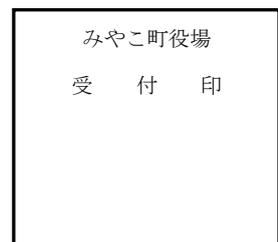
養育医療給付申請書

公費負担者番号		2	3	4	0	6	5	8	0	受給者番号							
本人	氏名									男・女	生年月日	年 月 日					
	居住地									個人番号							
	現在地																
扶養義務者	氏名									職業			本人との続柄				
	居住地									電話							
		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		. . から . . まで															
この券の有効期間		. . から . . 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。

年 月 日
 申請者 住 所
 氏 名 ⑩
 生年月日 年 月 日
 本人との続柄

みやこ町長 様



なお、申請するにあたり以下の事項について承諾します。

- ・ 所得状況、世帯状況等を公簿等により確認すること。
- ・ 医療費の給付に際し、審査支払機関として契約している福岡県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に必要な事項を提供すること。