

		公費負担者番号											
		受給者番号											
養育医療給付申請書													
本人	ふりがな 氏名					男・女	生年月日	年 月 日					
	居住地	〒											
	現在地 (居住地と異なる場合)	〒											
扶養義務者	ふりがな 氏名						本人との続柄						
	生年月日	年 月 日					職業						
	居住地	〒 TEL - -											
医療保険各法の 記号及び番号							保険者等の 名称						
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地		名称											
		所在地											
子ども医療費 受給者番号													
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を申請します。 〒 申請者住所 本人との続柄 申請者氏名 (自署または記名押印) 電話番号 年 月 日 豊後高田市長 殿													
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下さい。

○「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入して下さい。病院等に入院しているときは、その住所を記入して下さい。