

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	〒							
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) (印) 電話番号 年 月 日 豊後高田市長 様									
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。