

様式第1号

公費負担者 番号	2	3	0	9	1	0	1	0	有効期間	～	年	月	日
受給者番号									交付年月日	年	月	日	
									年	月	日		

養育医療給付申請書

本人 (児童)	ふりがな							生年 月日	令和 年 月 日
	氏名								
	個人番号								
	住所	(〒 -) (TEL) () -							
	現在地								
申請者 (保護者)	ふりがな							続柄	
	氏名								
	個人番号								
	住所	(〒 -) (TEL) () -							
被保険者証等の 記号及び番号		記号	番号		保険者等の 名称				
指定養 育医 療機関	名称								
	所在地								
<p>別紙関係書類を添えて給付申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</p>									

公費負担者 番号	2	3	0	9	1	0	1	0	有効期間	～	年	月	日
受給者番号									交付年月日		年	月	日

養育医療給付申請書

本人 (児童)	ふりがな	うつのみや さつき							生年 月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	氏名	宇都宮 皐月											
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2											
	住所	(〒320-8540) (TEL) (028) 632-2222 宇都宮市旭1丁目1番5号											
現在地	宇都宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (入院している医療機関の所在地)												
申請者 (保護者)	ふりがな	うつのみや たろう							続柄	父			
	氏名	宇都宮 太郎											
	個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3											
住所	(〒320-8540) (TEL) (028) 632-2222 宇都宮市旭1丁目1番5号												
被保険者証等の 記号及び番号	記号 1 2 3 4 5 6	番号 1 2 3 4	保険者等の 名称					全国健康保険協会 〇〇支部					
指定養 育医 療機関	名称	宇都宮〇〇病院											
	所在地	宇都宮市〇〇町〇〇番地〇〇											

別紙関係書類を添えて給付申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者氏名 宇都宮 太郎

(あて先) 宇都宮市長