

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	

## 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						
資格取得日			保険者番号						
指定養 育医 療機 関	名称								
	所在地								

別紙関係書類を添えて給付申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名

(あて先) 宇都宮市長

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	123456789012											
	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	234567890123											
	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 123456	番号 1234	保険者等の 名称					全国健康保険協会 〇〇支部					
資格取得日	令和〇年〇月〇日							保険者番号	12345678				
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