

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 ～ 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 氏名			生年 月日 令和 年 月 日
	個人番号			
	住 所	(〒) (TEL) () -		
	現在地			
申請者 (保護者)	ふりがな 氏名			続柄
	個人番号			
	住 所	(〒) (TEL) () -		
	加入健康保険の記号及び番号	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				

記載例

公費負担者番号	2 3 0 9 1 0 1 0	有効期間	年月日 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 氏名	うつのみや さつき 宇都宮 隼月		生年 月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	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 氏名	うつのみや たろう 宇都宮 太郎		続柄	父
	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			
	加入健康保険の記号及び番号	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	
資格取得日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8		
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