

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) () —				
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

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											
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		令和〇年〇月〇日			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