

養育医療給付申請書

母子(親子)健康手帳の番号		— —	
受療者	ふりがな氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日
	住所地 <small>(住民票のある所)</small>	郵便番号	個人番号
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号	
扶養義務者	氏名	受療者との続柄	個人番号
	居住地	郵便番号	電話番号
被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称	
希望する指定養育医療機関	名称		
	所在地 <small>(本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>		
備考			
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 (フリガナ) 名前 受領者との続柄 () 電話番号 年 月 日 <div style="text-align: right;">うるま市長 様</div>			
申請受付年月日		決定年月日	年 月 日

記載上の注意)

- ・ 住所地の欄は、住民票上の住所を記入してください
- ・ 現在地の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・ 居住地の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

事務担当者記入欄

1、本人(申請者)の身元の確認	
①写真の表示がある場合	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()	
②写真の表示がない場合(二つ以上の書類が必要)	
<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
2、郵送または使用者による提出の場合1、に関する書類(写し)の添付 <input type="checkbox"/> 有り	
3、個人番号の確認・照会に関する説明 <input type="checkbox"/> 済み	