

養育医療給付申請書

年 月 日

石垣市長 様

申請者住所

申請者氏名

印

対象児との続柄 ()

連絡先 ()
()

次のとおり養育医療の給付を申請します。

親子(母子) 健康手帳の番号									
対 象 児	ふりがな 氏名				性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	(〒 -) 石垣市			個人 番号				
	居 住 地	※ 住民票と居住地が異なる場合に記入してください。							
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏名				対 象 児 と 続 柄			生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	住 所				個人 番号				
被保険者証 記号・番号					保 険 者 の 名 称			職 業	
希望する指定 養育医療機関	名 称								
	所 在 地								
備 考									

こちらには記入しないでください。(※石垣市記入欄)

承認期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで						受 付 印			
負担者番号		受給者番号			階 層 区 分					
2	3	4	7	6	0	4		7	A・B・C()・D()	
課税状況		所得税 (非課税・課税 円) 住民税 (非課税・均等割額のみ・所得割有)								
【本人(申請者)の身元確認】 ① 写真の表示がある場合(1つで可) <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() ② 写真の表示がない場合(2つ以上) <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()										