

様式第 1 号

公費負担者 番 号			0	9				有効期間	平成	年	月	日	～平成	年	月	日
受給者番号								交付年月日	平成	年	月	日				

<p>※1 養育医療</p> <p style="text-align: center;">給付申請書</p> <p style="text-align: center;">療 育</p>												
本 人	ふりがな							生年月日	平成	年	月	日
	氏 名											
	住 所	(〒 -)						(TEL)	-			
	※2 現 在 地											
保 護 者	氏 名							続柄				
	住 所	(〒 -)						(TEL)	-			
保 険 者 等 の 名 称							被 保 険 者 等 の 記 号 及 び 番 号					
病 名												
指 定 医 療 機 関	名 称											
	所 在 地											
<p>別紙関係書類を添えて給付申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</p>												

※ 1 該当するものに○印をつけること。

※ 2 養育医療についてのみ記入すること。

記載例

公費負担者番号	0	9				有効期間	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
受給者番号						交付年月日	平成 年 月 日

様式第1号

※ 養育医療 給付申請書

療 育

本人	ふりがな	うつのみや じろう		生年月日	平成 〇年 〇月 〇日
	氏名	宇都宮 次郎			
	住所	(〒320-8540) 宇都宮市 旭1-1-5			(TEL) 632-2296
	※2 現在地				
保護者	氏名	宇都宮 太郎	続柄	父	
	住所	(〒 -)		(TEL)	
保険者等の名称		宇都宮市	被保険者等の記号及び番号	001-100	
病名		/			
指定医療機関	名称	〇〇〇〇病院		書いてあればよい	
	所在地	〇〇〇〇			

別紙関係書類を添えて給付申請します。

平成〇〇年 〇月 〇日

申請者氏名 宇都宮 太郎 印

(あて先) 宇都宮市長宛

- ※ 1 該当するものに○印をつけること。
- ※ 2 養育医療についてのみ記入すること。
- ※ 部分は子ども家庭課で記入しますので、記載しないでください。