

様式第1号（第5条関係）

養育医療給付申請書

平成 年 月 日

糸満市長 殿

保護者住所地

氏名 印

本人との続柄

連絡先 - -

未 熟 児	ふりがな		性別	男 女	生年月日	平成 年 月 日	
	氏 名						
	住所地						
	居住地						
保 護 者	氏 名		未熟児 との続柄		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所地					職業	
被保険者証等の 記号及び番号					保険者名		
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関	医療機関名						
	所 在 地						
申請受付年月日	平成 年 月 日						
備考							

養育医療費自己負担金の算出のため世帯の状況及び市民税、所得税の課税資料により、糸満市において確認することに同意します。

印

※ 居住地は住民票の住所地と異なる場合に記入してください。