

養育医療給付申請書

母子(親子)健康手帳の番号							
本人	ふりがな氏名	性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日		
	居住地 (住民票所在地)	郵便番号		個人番号			
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号					
扶養義務者	ふりがな氏名	本人との続柄	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	居住地	郵便番号					
	個人番号				職業		
被保険者等 の番号及び 記号			保険者等の名称				
希望する 養育医療 指定期間	名称						
	所在地 (本人現在地と同じ場合は省略可能)						
備考							

浦添市長 殿
上記のとおり申請します。 なお、私は、浦添市長に対して、未熟児養育医療の給付に伴う子ども医療費助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。
令和 年 月 日
申請者居住地
氏名
本人との続柄
電話番号

記載上の注意

「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。
「現在地」の欄は、現住所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。

※こちらは記入しないでください。(浦添市記入欄)

申請者本人確認（番号確認+身元確認） <input type="checkbox"/> にチェックする			
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・パスポート・その他写真付き()			
<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 住民基本台帳			
※申請者より個人番号の確認ができない場合は身元確認のみ		收受サイン()	
申請受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日