

※記入不要							※受付日			※決定日			
※受給者番号													
養育医療給付申請書													
本人	ふりがな						男・女	生年月日	令和 年 月 日				
	氏名												
	個人番号												
	住所地 (住所地所在地)		〒 ー 福知山市										
	現在地 (住所地と異なる場合)		〒 ー										
扶養義務者	ふりがな						本人との続柄						
	氏名												
	個人番号												
	居住地		〒 ー										
	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 医療機関の名称													
希望する指定養育 医療機関の所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)			〒 ー										
備考													
別紙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 〒 ー													
本人との続柄 申請者氏名 (自署もしくは記名押印) 印													
連絡先(電話番号) 年 月 日 福知山市長 様													
※個人番号 確認方法		☐ 個人番号カード ☐ 個人番号通知カード ☐ 住民票 ☐ その他 ()											
※実存確認方法		☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 福祉医療証 ☐ 聴き取り票 ☐ その他 ()											
※手続き方法		☐ 窓口申請 (☐ 本人・ ☐ 代理人)							☐ 郵送による申請		手続き ☐ 完了 ☐ 未		
※確認者													

・「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。

・「現在地」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」欄は、現在所在している住所を記入してください。帰省等をしている場合は帰省先等を記入してください。

この申請書に記載していただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市未熟児養育医療給付事業に係る事務に利用します。