

| 養育医療給付申請書   |     |       |  |        |         |       |
|---|-----|-------|--|--------|---------|-------|
| 本人  | 氏名  | ..... |  | 男女     | 生年月日    | 年 月 日 |
|   | 居住地 | 市 郡   |  | 町 村    | 番地      |       |
|   | 現在地 | 市 郡   |  | 町 村    | 番地      |       |
| 扶養義務者   | 氏名  |       |  | 本人との続柄 | 職業      |       |
|   | 居住地 | 市 郡   |  | 町 村    | 連絡先     |       |
| 被保険者証の記号番号  |     |       |  | 負担率    | 保険者等の名称 |       |
| 被保険者氏名  |     |       |  |        |         |       |
| 希望する指定医療機関の名称および所在地   |     |       |  |        |         |       |
| 備考  |     |       |  |        |         |       |
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請者住所</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">福井県知事 西川 一誠 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者生年月日</p> <p style="text-align: right;">年 月 日生</p> |     |       |  |        |         |       |
| 申請受付年月日   |     | 年 月 日 |  | 進達年月日  |         | 年 月 日 |
| 経由保健所名  |     | 保健所   |  | 決定年月日  |         | 年 月 日 |
| 保険者証確認欄<br>保健所事務担当者印  |     |       |  |        |         |       |

(注) 届出者本人が自署する場合には、押印は不要である。