

第1号様式（第3条関係）

養育医療給付申請書

公費負担者 番号										受給者 番号							
本人	ふりがな 氏名	男・女 年 月 日生															
	住所 地 (住民票所在地)	久留米市 電話															
	現在 地 (住所と異なる場合)																
	個人 番号																
扶養 義務 養者	ふりがな 氏名												本人と の続柄				
	居住 地	電話															
	個人 番号																
保険者等の名称		健保 国保 共済 生保															
被保険者証等の 記号及び番号		記号								番号							
指定養 育医療 機関	名 称																
	所在地																
診療予定期間		年 月 日から 年 月 日まで															
この券の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで															
自己負担額		A	B	C	D	月額					円		出生時 体 重	g			

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、久留米市子ども医療を受給の場合、未熟児養育医療給付における自己負担金の額の範囲内で、子ども医療費支給制度に基づく医療費の申請（請求）及び受領並びに未熟児養育医療給付における自己負担金として市に納付することを久留米市長に委任します。

年 月 日
申請者 住 所

氏 名
生年月日 年 月 日
本人との続柄

久留米市長 あて



記載上の注意

- ・「現在地」の欄は、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、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。