

										※公費負担者番号										
										※受給者番号										
養育医療給付申請書																				
本人 (乳児)	ふりがな氏名						性別		生年月日			年 月 日								
	個人番号						男・女													
	住所地 (住民票所在地)																			
	現在地 (居住地と異なる場合)																			
扶養義務者	ふりがな氏名						個人番号						本人との続柄							
	居住地			〒						職業										
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及び所在地	名称																			
	所在地																			
子ども医療費受給者番号																				
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																				
連絡先（電話番号）																				
本人との続柄																				
申請者氏名																				
年 月 日																				
別府市長 あて																				
※申請受付年月日								※決定年月日												