

記入例

様式第2号(第4条関係)

※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		べっふ たろう 別府 太郎		性別 男・女		生年月日		2026 年 8 月 1 日		
	個人番号		0123 4567 8901								
	住 所 地 (住民票所在地)		別府市上野口町1-15								
	現 在 地 (住所地と異なる場合)										
扶養義務者	ふりがな氏名		べっふ いちろう 別府 一郎		個人番号		1234 5678 9123		本人との続柄 父		
	居 住 地		〒 874-8511 別府市上野口町1-15				職 業		会社員		
被保険者証等の記号及び番号	1 2 3 4 5 6			保 険 者 等 の 名 称		全国健康保険協会 大分支部					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	名 称		〇〇病院								
	所 在 地		別府市西野口町15-33								
子ども医療費受給者番号	1	2	3	4	5	6	7				
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 別府市上野口町 1 - 1 5

連絡先（電話番号） 0977-21-〇〇〇〇

本人との続柄 **母**

申請者氏名 別府 花子

2026 年 8 月 2 日

別府市長 あて

※申請受付年月日		※決定年月日	
----------	--	--------	--

注 ※欄は市記入