

養育医療給付申請書									
本人（お子さん）	ふりがな					性別	生年月日		
	氏名					男・女	令和 年 月 日		
	個人番号								
	住所	横須賀市							
扶養義務者	ふりがな					続柄	生年月日		
	氏名						昭和・平成 年 月 日		
	個人番号								
	住所								
保険者等の 保 名						被保険者証等の 記 号 ・ 番 号			
指定養育医療 機 （病院・診療所）	名 称								
	所 在 地								
関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。 この申請に伴う自己負担額認定のため、横須賀市の担当者が申請者の税務資料を利用することを承諾します。 また、自己負担額について小児医療費助成と給付調整を行うことに同意します。 申請者住所 申請者氏名 続柄（父・ ） 申請者氏名 続柄（母・ ） 電話番号 （ ） （自宅・携帯） 令和 年 月 日 （あて先）横須賀市長									

備考	窓口に来た人と申請者が異なるとき、下記も記入してください。				本人確認 ☐ 済 ☐ 未済	
	氏名 （代理人）				収受印	
	住所	*申請者と異なるときのみ、記入してください				
申請受付年月日				決定年月日		