

養育医療給付申請書					
本人（お子さん）	ふりがな	よこすか こたろ		性別	生年月日
	氏名	横須賀 子太		☒ 男・女	令和 元 年 8 月 21 日
	個人番号	郎			
	住所	横須賀市 小川町11番地 はぐくみかん 1階			
扶養義務者	ふりがな	よこすか ちちお		続柄	生年月日
	氏名	横須賀 父男		父	昭和・平成 2 年 3 月 1 日
	個人番号				
	住所	同上			
保険者等の 保名	全国健康保険協会 神奈川支部		被保険者証等の 記号・番号	1234 5678910	
指定養育医療 機関 （病院・診療所）	名称	はぐくみ病院			
	所在地	横須賀市〇町〇ー〇			
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 横須賀市小川町11番地 申請者氏名 横須賀 父男 ☒ 続柄（父・ ） 申請者氏名 横須賀 母子 ☒ 続柄（母・ ） 電話番号 046 822 9729 （自宅・携帯） 令和 3 年 1 月 1 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	

