

養 育 医 療 給 付 申 請 書 (初 回 ・ 転 院)

本人 (受療者)	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名					
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 —				
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒 —				
扶養 義務者	ふりがな			本人との 続柄		
	氏 名					
	居 住 地 (帰省先等)	〒 —				
加入保険	記号・番号					
	保険者等の名称					
希望する 指定養育医療機関						
上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 なお、加入医療保険等の子ども医療費助成の登録内容を確認することに同意します。 年 月 日 〒 — 申請者 住 所 受療者との続柄 氏 名 電 話 番 号 福島市長						
申請受付年月日				決定年月日		

※「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院中の場合は、その住所を記入してください。

委 任 状

受任者 福島市長

養育医療給付申請を行うにあたり、上記受任者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

私の負担すべき養育医療の自己負担金について、福島市子ども医療費助成への申請及び受領に関する
 一切の権限。なお、支給される子ども医療費については自己負担金に充当すること。

年 月 日 委任者 住 所

氏 名

(福島市子ども医療費受給資格者)