第1号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療給付申請書  令和　　　年　　　月　　　日  那覇市長　宛  　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 者 住 所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 者 氏 名  本人との続柄　（　　　　　　）  連　　絡　　先  下記のとおり、養育医療の給付を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本　人 | | ふりがな  氏　名 | | | | |  | | | | | | | 生年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 性別 |
|  | | | | | | | 男・女 |
| 住所地 | | | | | （〒　　　　－　　　　）  那覇市 | | | | | | | | | | | | 個人  番号 | | | | | |  | | | | | | |
| 現在地 | | | | | ※住所地と異なる場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶 養 義 務 者 | | ふりがな  氏　名 | | | | |  | | | | | | | | 本　人  と　の  続　柄 | | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年 月 　日 | | | | |
|  | | | | | | | |
| 居住地 | | | | | （〒　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | 個人  番号 | | | | | |  | | | | | | | |
| 職業 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険  各法の  記号･番号 | | | | | | |  | | | | | | | | 保険者  の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 指定養育  医療機関 | | | | | | | 名　称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | ※所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| こちらには記入しないでください。（※那覇市記入欄） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | | | 承認期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  |  |  | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 住民税(非課税・均等割のみ・  所得割　　　　　　円） | | | | | | | | | | | | 階層区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | 受　付　印 | |
| A・B・C・D（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 住基CD | | | |  | | |  |  |  |  | | |  | |  |  |
| 備考 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |