

養育医療給付申請書

年 月 日

坂出市長 殿

申請者 住 所

氏 名

電話番号

未熟児との続柄

次のとおり養育医療の給付を申請します。

ふりがな 未熟児氏名		男 ・ 女	年 月 日 生
未熟児居住地			
未熟児 個人番号			
扶養義務者 氏 名		未熟児との 続柄	
扶養義務者 居 住 地			
扶養義務者 個人番号			
被保険者証等の 記号および番号		保険者等の 名称	
希望する指定 養育医療機関名			
* 受付年月日	年 月 日	備 考	
* 意見記入欄			

(注) *印の欄は、記入しないでください。