

記入例

養育医療給付申請書

来所日をご記入ください

年 月 日

坂出市長 殿

他の様式の申請者と同じ氏名をご記入ください

申請者 住 所 **坂出市室町二丁目3番5号**

氏 名 **坂出 二郎**

電話番号 **0877-44-5006**

未熟児との続柄 **父**

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	サカイデ タロウ 坂出 太郎	(男) ・ 女	●●年 ●月 ●日生
未熟児居住地	坂出市室町二丁目3番5号		
未熟児 個人番号	対象児の個人番号(12桁)をご記入ください		
扶養義務者 氏 名	サカイデ ジロウ 坂出 二郎	未熟児との 続柄	父
扶養義務者 居 住 地	坂出市室町二丁目3番5号		
扶養義務者 個人番号	扶養義務者の個人番号(12桁)をご記入ください		
被保険者証等の 記号および番号	対象児の保険証の記号と番号	保険者等の 名称	対象児の保険証の保険者名称
希望する指定 養育医療機関名	入院している病院名をご記入ください		
* 受付年月日	<div style="border: 2px dashed black; border-radius: 50%; padding: 20px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold; text-align: center;">記入しないでください。</p> </div>		
* 意見記入欄			

(注) *印の欄は、記入しないでください。