様式第１号（第５条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書

（申請者記入）

未熟児	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年　月　日
	個人番号			
	居住地			
	現住地(入院先住所)			
扶養義務者	ふりがな		未熟児との続柄	
	氏名			
	個人番号			
	居住地			
	電話番号			

被保険者等の記号・番号	記号		番号		社保／国保	保険者の番号								
保険者の名称														
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地														
備考														

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

申請者（保護者）

申請者住所：〒　　－

____

氏名：______________________

続柄：未熟児の________

年　月　日

池田市長　様

申請受付年月日		決定年月日	