

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p>申請者 (保護者)</p> <p>申請者住所: 〒 _____</p> <p>氏名: _____</p> <p>続柄: 未熟児の _____</p> <p>年 月 日</p> <p>池 田 市 長 様</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | | | | | | | 決定年月日 | | | | | | | | | | |