

# 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																		
被保険者証等の 記号及び番号	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											

（注） 被保険者証等の記号及び番号は、必ず被保険者証を参照の上記載してください。