

第1号様式(第2条関係)

記入例

**養育医療給付申請書**

加入している健康保険の名前で  
す。(例: 健康保険組合)

1 新規 2 継続  
(太枠の中だけボールペンで強く記入してください)

公費負担者番号 2 3 1 4 6 2 0 2

公費負担医療の  
受給者番号

被保険者証等の記号  
及び番号 - 保険証発行機関 **健康保険組合**

お子さんの氏名等

ふりがな	あやせ はなこ		出生時の体重	1,500g										
氏名	綾瀬 花子													
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	性別	男・ <b>女</b>
生年月日	平成 28 年													

マイナンバーを記載してください。

生計維持者の方(お子さまが社会保険に加入している場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主の方)の氏名となります。

保護者  
(申請者)

氏名	綾瀬 太郎													
個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	お子さま との続柄	父
住所	綾瀬市 - -											電話( )	-	

マイナンバーを記載してください。

医療機関  
(病院・診療所)

名称	市民病院										
所在地	市 - -										

有効期間

年 月 日から 年 月 日まで

診療予定期間  
(継続診療予定期間)

年 月 日から 年 月 日まで

自己負担月額

階 層 円

上記のとおり申請します。

平成28年 4月10日

市役所に提出する  
日付です。

(宛先) 綾瀬市長

本申請による、上記の個人情報(生計維持者)の方の氏名)が未熟児訪問指導事業及び養育支援事業の資料として使用されることに同意します。

保護者氏名 **綾瀬 太郎**