個人番号や税情報等を綾瀬市が照会することに同意します。　保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

第１号様式（第２条関係）

養育医療給付申請書

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								

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。）

被保険者証等の記号及び番号		保険証発行機関		
お子さんの氏名等	ふりがな		出生時の体重	g
	氏名			
	個人番号		性別	男・女
	生年月日	年　月　日		
保護者（申請者）	氏名		生年月日	年　月　日
	個人番号		お子さまとの続柄	
	住所	（〒　－　）　電話（　　）　－		
医療機関（病院・診療所）	名称			
	所在地			
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。

年　月　日

（宛先）綾瀬市長

本申請による、上記の個人情報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