

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	1 新規 2 継続	
公費負担医療の 受給者番号									(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		
	氏名									g
	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			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(宛先) 綾瀬市長</p>										
<p>本申請による、上記の個人情報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。</p> <p style="text-align: center;">保護者氏名</p>										