

養育医療給付申請書

令和〇年 〇月 〇日

(宛先)周南市長

提出日を記入

郵便番号 745-0005

申請者 住 所 周南市児玉町1-1

氏 名 周南 保子

未熟児との続柄 母

(電話番号 0834-〇〇-〇〇〇〇 )

申請者は未熟児の保護者  
(父または母)

下記のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

未 熟 児	ふりがな	しゅうなん はなこ		生年月日	令和〇年〇月〇日	
	氏 名	周南 花子				
扶養義務者	住 所	周南市児玉町1-1		個人番号	〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	
	氏 名	周南 保夫		未熟児との続柄	父	
	住 所	周南市児玉町1-1		個人番号	〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	
医療保険各法の記号及び番号		〇〇〇〇 〇〇〇	保険者等の名称	〇〇健康保険組合		
希望する指定養育医療機関の名称		〇〇病院				

お子さまが加入する医療保険の被保険者(父・母)の情報を記入