

養育医療給付申請書

令和〇年 5月 1日

提出日を記入

(宛先)周南市長

申請者は未熟児の保護者
(父または母)

申請者

郵便番号 745-0005

住所 周南市児玉町 1-1

氏名 周南 保子

印

未熟児との続柄 母

(電話番号 0834-22-8550)

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

お子さまが加入する健康保険の被保険者(父・母)の情報を記入	氏名	周南 花子	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	令和〇年 4月 25日
	住所	周南市児玉町 1-1			個人番号	〇〇〇〇
扶養義務者	氏名	周南 保夫	未熟児との続柄	父	職業	会社員
	住所	周南市児玉町 1-1			個人番号	〇〇〇〇
被保険者証の記号及び番号	〇〇〇〇 〇〇〇		保険者名	〇〇健康保険組合		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	〇〇病院					

注 申請者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。