

養育医療給付申請書

令和5年 5月 1日

(宛先)周南市長

提出日を記入

申請者は未熟児の保護者
(父または母)

郵便番号 745-005
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 0834-22-8550)

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	ふりがな	しゅうなん はなこ		生年月日	令和5年4月25日	
		周南 花子				
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	○○○○○○○○○○	
被保険者証の記号及び番号	○○○○ ○○○	保険者名	○○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	○○病院 ●●市○○町▲-△					