

養育医療給付申請書

年 月 日

高砂市長 様

申請者 〒 -

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号 () -

本人との続柄 ()

本 人 (未熟児)	フリガナ		性 別	生年月日	年 月 日	
	氏 名		男・女			
	個人番号					
	居 住 地	〒 -				
	現 在 地	病院内 ・ その他 (〒 -)				
扶 養 義務者	フリガナ				本人との 続 柄	
	氏 名					
	個人番号					
保 険 区 分 (該当する番号に○)		1 健保 2 国保 3 共済 4 生保				
医療保険各法の 記号及び番号		(記号)		(番号)		
保険者等の名称		(保険者番号)		(名称)		
希望する指定 養育医療機関		名 称				
		所在地				

※ この申請書に下記の書類等を添付のうえ、こども窓口課へ申請してください。

※以下は記入しないでください。

送付先	申請者住所・扶養義務者住所・その他 ()				
送付日	年 月 日	郵・手	階 層		受給者番号