

第1号様式（第2条関係）

養育医療給付申請書

乳 児	ふりがな			男・女	生年 月日	令和 年 月 日
	氏名					
	個人番号					
	住所地 (住民票所在地)					
	現在地 (住所地と異なる場合)	<input type="checkbox"/> 上記に同じ				
保 護 者 (申 請 者)	ふりがな			乳児と の続柄		
	氏名					
	個人番号					
	住所地	<input type="checkbox"/> 乳児に同じ				
	電話番号					
被保険者証等の 記号及び番号	記号			番号		
保険者番号及び名称	番号			名称		
指定養育医療機関の 名称及び所在地 (所在地は乳児現在 地と同じ場合は省略 可)						
令和 年 月 日						
(宛先) 座間市長						
申請者 住所 氏名						
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。また、市長が実施する母子保健法第19条に規定する未熟児の訪問指導の際に、上記の情報を利用することに同意します。						