

第1号様式（第2条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		男・女	生年 月日	令和 年 月 日
	氏名				
	住所地 (住民票所在地)				
	現在地 (住所地と異なる場合)				
扶養義務者	ふりがな		本人と の続柄		
	氏名				
	居住地				
	電話番号				
被保険者証等の 記号及び番号		保険者等の名称			
指定養育医療機関の 名称及び所在地 (所在地は本人現在 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、市長が上記の個人情報を母子保健法第19条に規定する未熟児の訪問指導を行う際の資料として利用することに同意します。					