

様式第1号（第4条関係）

養育医療給付申請書						
未 熟 児	ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	年	月 日
	住 所 地 <small>(住民票所在地)</small>	〒		個人 番号		
児	現 在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	〒				
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏名		未熟児と の続柄			
	居 住 地	〒				
	電 話 番 号		個人 番号			
被保険者証等の 記号及び番号						
保 険 者 等 の 名 称						
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地		(所在地は未熟児現在地と同じ場合は省略可能) (名称) 病院・診療所 (所在地) 市 町 番地				
備 考						
<p>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。</p> <p>併せて、徴収額決定のために、現有公簿等による所得額等の確認を行うこと及びこの申請に基づく情報を母子保健法第19条の未熟児訪問指導に利用することに同意します。</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者住所 〒 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">申請者氏名 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">未熟児との続柄 _____</p> <p style="margin-left: 40px;">電話番号 ( ) - _____</p> <p style="margin-left: 80px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(あて先) 松江市長</p>						
申請受付年月日		年 月 日	決定年月日		年 月 日	

