

第1号様式（第2条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

（宛先）座 間 市 長

養育医療の給付について、次のとおり申請します。

また、市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、この申請に係る情報を利用することに同意します。

乳 児	ふりがな		男・女	生年 月日	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			
申 請 者 （ 保 護 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 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）					