

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	ざま じろう			生年 月日	令和 7 年 1 月 1 日					
	氏名	座間 二郎					♂・♀				
	個人番号	44444444444444									
	住所地 (住民票所在地)	座間市緑ヶ丘一丁目1番1号									
	現在地 (住所地と異なる場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 上記に同じ									
申請者 (保護者)	ふりがな	ざま たろう			乳児と の続柄	父					
	氏名	座間 太郎									
	個人番号	11111111111111									
	住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 乳児に同じ									
	電話番号	046-255-●●●●									
被保険者等の 記号及び番号	記号	111			番号	222					
保険者番号及び名称	番号	1	2	3	4	5	6	7	8	名称	00健康保険組合/00共済組合 等
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)	○○病院 ○○市△△区□□5-6-7										