

養育医療給付申請書

年 月 日

赤穂市長 宛

申請者 住 所
氏 名

年 月 日生

本人との続柄

電話番号（ ） -

赤穂市未熟児養育医療実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり養育医療の給付を申請します。

本人 (受療者)	ふりがな		性別	生年月日	
	氏 名		男・女	年 月 日	
	個人番号				
	住所地	〒			
	現在地 (入院先等)	〒			
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	電話番号	
	氏 名			() -	
	個人番号				
	居住地	〒			
保険者等の名称			被保険者等記号・番号		
			記号		番号
希望する 指定養育 医療機関	所在地	〒			
	名 称				
備 考					

注1 この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 養育医療意見書
- (2) 世帯調書兼同意書
- (3) 世帯調書兼同意書に記載されている課税証明書等

注2 窓口への提出時には本人確認書類の提示が必要です。

※本人確認（うち内容によるもの）赤穂市記入欄