

第1号様式（第2条、第4条関係）

# 養育医療給付申請書

1 新規      2 継続

公費負担者番号	2	3	1	4	6	2	3	6	
公費負担医療の 受給者番号									
被保険者証等の 記号及び番号							保険証発行機関		
お子さんの 氏名等	ふりがな					男・女	出生時の体 重	g	
	氏名						個人番号		
	生年月日					個人番号			
保護者 (申請者) の氏名等	氏名					お子さん との続柄			
	生年月日					個人番号			
	住所	(〒 )				電話			
医療機関 (病院・診療所)	名称								
	所在地								
有効期間	から まで								
診療予定期間 (継続診療予定期間)	から まで								
自己負担月額	階層 円								
上記のとおり申請します。									
年 月 日									
大磯町長 殿									
本申請による、上記の個人情報未熟児訪問指導事業及び養育支援事業の資料として 使用されることに同意します。									
保護者氏名									