

養育医療給付 (継続) 申請書

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------------------|----|--------|--------|---|
| 本人 | ふりがな 氏名 | | 男女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 居住地 | | | | | |
| | 現在地 | | | | 出生時の体重 | g |
| 扶養義務者 | 氏名 | | | 本人との続柄 | 職業 | |
| | 居住地 | 電話 (— —) | | | | |
| 被保険者証等の 記号及び番号 | | | | 保険者名 | | |
| 希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 | | | | | | |

別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付 (継続) を申請します。

年 月 日

住 所

氏 名

(自署若しくは記名押印)

上野原市長 宛