

第2号様式

養育医療給付申請書

年 月 日

(あて先)成田市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

未 熟 児	フリガナ		申請者 との続柄	
	氏名			
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住 所 地 (住民票所在地)			
	現在地(住所地 と異なる場合)			
扶 養 義 務 者	フリガナ		未熟児 との続柄	
	氏名			
	個人番号			
	居住地			
	電話番号			
被保険者証等の記号及び 番号				
保険者等の名称				
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在地		(所在地については、未熟児の現在地と同じ場合は、省略可能)		
備 考				