

養育医療給付申請書

1 新規 2 継続

〔太枠の中だけボールペンで
強く記入してください。〕

公費負担者番号	2	3	1	4	6	3	0	1	
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							出生時の体重	g
	氏名								
	生年月日							男・女	
	個人番号								
保護者 (申請者)	氏名								
	生年月日							お子さん との続柄	
	住所	(〒)						電話	
	個人番号								
医療機関 (病院・診療所)	名称								
	所在地								
有効期間	年		月	日	から	年	月	日	まで
診療予定期間 (継続診療予定期間)	年		月	日	から	年	月	日	まで
自己負担月額	階層								円
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">箱根町長 様</p>									
<p>本申請による、上記の個人情報が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。</p> <p style="text-align: center;">保護者氏名</p>									