

養育医療給付申請書

1 新規 2 継続

公費負担者番号								〔 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				個人番号			
	氏名						出生時の体重	g
	生年月日						男・女	
保 護 者 (申請者)	氏名						個人番号	
	生年月日						お子さん との続柄	
	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。 また、受給資格の確認のため、所得の状況を市民税の賦課資料により逗子市において確認することに同意します。 年 月 日 逗子市長 申請者 住 所 氏 名 電話番号 ()								