

## 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	4	4
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	1234 567				保険証発行機関	〇×健康保険組合		
お子さんの 氏名等	ふりがな	にのみや たろう				出生時の体重	1900 g	
	氏名	二宮 太郎						
	個人番号	1234 5678 9×××						
	生年月日	令和4年4月1日				男・女		
保護者 (申請者)	氏名	二宮 一郎				※対象は1歳未満です。		
	個人番号	1234 5678 9×××				お子さん との続柄	父	
	生年月日	昭和57年4月1日						
	住所	(〒259-0196) 二宮町二宮961番地				電話 0463-71-5862 ※お住まいが二宮町の 方が対象です。		
医療機関 (病院・診療所)	名称	独立行政法人 〇×病院				【保険証の情報について】 保険証の情報は、お子さまのものをご記載ください。 まだ、保険証が発行されていない場合は、同じ保険に入られる方もしくは、世帯主様の情報をご記載ください。		
	所在地	平塚市〇×12-31						
有効期間								
診療予定期間 (継続診療予定期間)								
自己負担月額	階層							
上記のとおり申請します								
年 月 日								
二宮町長 殿								
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。								
保護者氏名 二宮 一郎 ※忘れずにご記載ください。								