

養育医療給付申請書

本人	ふりがな							性別						
	氏名	赤ちゃんの氏名・ふりがな						生年月日	○年○月○日					
	居住地	〒340- 草加市 赤ちゃんが退院後に居住する住所を記入						在週胎数	満 34 週					
	現在地	〒 赤ちゃんが現在入院している医療機関の住所						出生体重	1500 グラム					
個人番号	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△		
（扶養申請者） （義務者）	ふりがな							本人との続柄	父					
	氏名	赤ちゃんが加入予定の保険証の保護者氏名を記入						職業	会社員など					
	居住地	〒340- 草加市 ご自宅の住所を記入						電話/FAX番号	日中の連絡先を記入					
個人番号	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○		
被保険者証	記号	□□						番号	△ △					
	保険者の名称	○○健康保険組合 など												
	保険者番号	○○○○○○												
生活保護の状況	受給していない・受給中(年 月 日開始)・申請中(年 月 日申請)													
指定医療機関	名称	○○病院												
	所在地	赤ちゃんが現在入院している医療機関の住所を記入												
備考														
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。 ○年○月○日 申請者住所 〒 340-0016 草加市中央1-5-22 申請者氏名 草加 太郎 ㊟ (本人との続柄 父 草加市長 あて														
申請受付年月日							決定年月日							

※氏名を署名したときは、押印を省略することができます。