

養育医療給付申請書

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

申請者 郵便番号
住所
氏名
乳児との続柄
電話番号

未熟児養育医療の給付について、次のとおり申請します。

乳児	ふりがな 氏 名		性 別	男・女	生年 月 日	年 月 日
	住所地 (住民票に記載の住所地)	〒 岩国市			個人 番号	
	居住地 (住所地と異なる場合)	〒				
扶養義務者	ふりがな 氏 名	乳児との続柄 ()				
	居住地	〒				
		電話番号		個人番号		
被保険者等の 記号及び番号					保険者 名称	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地						

添付書類

- (1) 養育医療意見書
- (2) 世帯調書
- (3) 生活保護法の被保護者である場合は、被保護者であることを証する書類
- (4) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合は、これを証する書類

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
---------	-------	-------	-------