

養育医療給付申請書				
乳 児	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
			生年月日	年 月 日
	個人番号			
	住 所 地	(〒 — )		
	現 在 地	(〒 — )		
扶 養 義務者	ふりがな 氏 名		乳児との 続 柄	
	個人番号			
	居住地	(〒 — ) (電話番号 — — )		
被保険者証等の 記号及び番号			保険者等 の 名 称	
希 望 する 指 定 養 育 医 療 機 関	名 称			
	所 在 地			
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  住所 申請者 氏名 印  電話 乳児との続柄 ( )  (宛先) 沼津市長				
申請受付年月日		決 定 年 月 日		

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「所在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院している場合は、その住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している場所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。