

養育医療給付申請書			
乳 児	(ふりがな) 氏 名	ぬまづ はなこ 沼津 花子	性 別 男 ・ 女
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇 〇〇〇	生年月日 〇〇年××月△△日
	住 所 地	(〒410-0881) 沼津市 八幡町 97	
	現 在 地	(〒 -) ※入院などしていて住所地と異なる場合はその住所を、同じ場合は同上と記入してください。	
	扶 養 義 務 者	(ふりがな) 氏 名	ぬまづ たろう 沼津 太郎
	個人番号	△△△△ △△△△ △△△△	
	居住地	(〒 -) (電話番号 - -) ※帰省などしていて乳児住所地と異なる場合はその住所を、同じ場合は同上と記入してください。	
医療保険各法の 記号及び番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	保険者等 の 名 称	〇〇××△△健康保険組合
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関	名 称	◎◎総合病院	
	所 在 地	〇〇県 ××市 △△町 123-45	
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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> 申請者 住所 氏名 電話 乳児との続柄 () </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-left: 10px;"> 扶養義務者の方の住所・氏名などを記入してください。 </div> </div> (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。
- ・「現在地」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。