

記入例

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 奈良市長

〒630-8122

申請者 居住地 奈良市三条本町13-1

氏名 奈良 太郎 ④

乳児との続柄 (父)

昼間連絡先 090-1111-0000 (自宅・父 ⑤)

次のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により申請します。

乳 児	ふりがな 氏 名	なら さくら 奈良 さくら	男 ・ ⑥女	生年月日	令和2年4月1日	
	居 住 地	(住民票の住所)				
	現 在 地	(病院の住所) →空白可				
扶 養 義務者	氏 名	奈良 太郎	乳児との 続 柄	父	職 業	会社員
	居 住 地	奈良市三条本町13-1 電 話 0742-00-△△△△				
被保険者証等の記 号及び番号		奈1 000-△△△	保険者等 の 名 称	奈良市		
希望する指定養育 医療機関の名称及 び所在地		〇〇病院 奈良市二条大路南1-1-1				
備 考						

添付書類

- 1 指定養育医療機関の医師が作成した養育医療意見書
- 2 世帯調書
- 3 その他市長が必要と認める書類