

保健センター 連絡チェック欄	
-------------------	--

養育医療給付申請書

年 月 日

王 寺 町 長 殿

申請者 居住地

氏 名

本人との続柄 （ ）

乳 児	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	居住地					
	現在地					
扶 養 義務者	氏 名		本人 との 続柄		職業	
	居住地	(TEL - -)				
医療保険各法等の 記号及び番号			保険者等 の名称			
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在地						
備 考						

◎ 個人情報提供同意書
養育医療給付申請書に記載された個人情報を、指定養育医療機関及び未熟児訪問指導担当者に報告することに同意します。
令和 年 月 日
申請者