

様式第2号（第5条関係）

				階層 区分	
養育医療給付申請書（初回・継続・転院）					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所			個人番号	
	現在地 (住所と違う場合)	(入院中は病院名)			
申請者	氏名			続柄	
	生年月日	年 月 日		電話番号	
	住所	(〒 -)		個人番号	
被保険者証等の種別 (該当するものを ○で囲むこと)		全国健康保険協会管掌健康保険・健康保険組合・船員保険 共済組合・国民健康保険・生活保護・その他 ()			
被保険者証の 記号及び番号		記号	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					
<p>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。</p> <p>なお、上山市子ども子育て課が上山市未熟児養育事業実施要綱に基づく事務手続を処理するために限って私の世帯の所得税及び市県民税関係情報について取得することに同意いたします。</p> <p>上山市長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者氏名 (本人自筆)</p>					
同収 入書 の (ある 本人 世帯 筆員)	氏名			氏名	
	続柄			続柄	
	生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
	住所			住所	
	氏名			氏名	
	続柄			続柄	
	生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
	住所			住所	
受付年月日	年 月 日		決定年月日	年 月 日	

- 添付書類 1 担当医師の養育医療意見書（様式第3号）
2 世帯調書（様式第4号）