

第2号様式（第3条関係）

養育医療給付（継続）申請書

児 童	ふりがな 氏 名	つし はなこ 津市 花子	性 別	女	月 日	○年○月○日
	居 住 地					
	住 所	津市西丸之内23番1号	個人番号	XXXX XXXX XXXX		
保 護 者	加入している医療保険が確認できるもの（資格確認書等）に記載されている内容を正確に書き写してください。	父	職業	会社員		
	住所	西丸之内23番1号	入院し治療を受けている医療機関について記入してください。			
医療保険各法の 記号及び番号	〇〇〇〇〇	保険者の名称	〇〇健康保険組合			
		保険者番号	XXXXXXXX			
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地	〇〇県△△市▽▽町1番地 ××病院					
備 考	日中に連絡のつく電話番号を記入してください。申請者が日中に電話に出ることが難しい場合は、連絡が可能な連絡先を申請者とは別に記載してください。 例 電話番号 090-XXXX-XXXX 080-XXXX-XXXX（母）					
養育医療意見書、世帯調書を添えて上す。 ○年 ○月 ○日 申請者 住所 津市西丸之内23番1 氏名 津市 太郎 児童との続柄 父 電話番号 090-XXXX-XXXX						

住所は住民票のある住所地です。居住地は、それ以外の場所にお住まいの場合のみ記入してください。

加入している医療保険が確認できるもの（資格確認書等）に記載されている内容を正確に書き写してください。

入院し治療を受けている医療機関について記入してください。

申請前に必ず確認してください

福祉医療費受給資格証をお持ち（または交付予定）の場合、福祉医療費受給資格証交付の申請者を未熟児養育医療給付の申請者として記載してください。