

養育医療給付(新規・継続)申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 長

郵便番号 〒 _____

住所 _____

申請者 氏名 _____

本人との続柄 父・母・() _____

電話 () _____

養育医療の給付を受けたいので、次のとおり申請します。また、母子保健法施行細則第62条に規定する費用の額を算定するため、申請者及び申請者の世帯の世帯員の市町村民税の課税内容について市長が調査することに同意します。

フリガナ								男・女	生年月日	年 月 日		
本人氏名 (お子さん)												
個人番号								本人との続柄		職業		
フリガナ												
扶養義務者氏名								本人との続柄		職業		
個人番号												
扶養義務者住所								電話		()		
加入健康保険の名称												
加入健康保険の保険者の番号									被保険者証の 記号及び番号枝番	記号 番号・枝番		
指定養育医療機関の名称												
継続申請欄	受給者番号								これまでの有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		

福祉保健センター記入欄

受付年月日	年 月 日	進達年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
経由福祉保健センター長の意見	横浜市 _____ 福祉保健センター長				