様式第２号（第６条関係）

養育医療給付申請書

年　　月　　日

　　　小豆島町長　殿

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

未熟児との続柄

　　次のとおり養育医療の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  未熟児氏名 |  | | | 年　　月　　日生 |
| 個人番号 |  | | | |
| 未熟児居住地 |  | | | |
| 扶養義務者  氏名 |  | | 未熟児との  続柄 |  |
| 個人番号 |  | | | |
| 扶養義務者  居住地 |  | | | |
| 被保険者の  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名 | |  | | |
| ＊備　　考 | | | | |
|  | | | | |

（注）　＊の欄は、記入しないでください。