

養育医療給付（変更）申請書

本人 (受給者)	ふりがな		性別	男 ・ 女							
	氏名		生年月日	年 月 日							
	居住地		個人番号								
	現住地 (入院先)										
加入 保険	保険者名		保険者番号								
	被保険者名		受給者との続柄								
	記号		番号								
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地											
備考											

松原市長 殿

所得証明書、被保険者証等関係書類を添えて上記のとおり、未熟児養育医療の給付（変更）を申請します。

また、申請に当たり、公簿等により私の所得等の確認をされることを承諾するとともに、家族に対する公簿等による所得等の調査について、家族の承諾を得ています。

なお、本申請に係る情報等を未熟児の訪問指導のため使用することについても同意します。

年 月 日

住所 _____

(ふりがな)

氏名 _____ ⑩

申請者 申請者生年月日 _____ 年 月 日

(扶養義務者) 続柄 _____

電話番号 _____

個人番号 _____