

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。

フリガナ													
本人氏名 (お子さん)			男・女	生年月日		年 月 日							
個人番号													
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	記号 番号
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				