様式第２号

未熟児養育医療給付申請書

本人	フリガナ 氏名		男・女	生年月日	年　月　日		
	住所 (住民票所在地)	〒 佐世保市		個人番号			
扶養義務者	フリガナ 氏名		本人との続柄		職業		
	住所	〒					
	電話番号			個人番号			
被保険者証の記号及び番号		記号　　番号		保険者の名称			
指定医療機関名							
所在地							

（備考）

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

〒

申請者住所　　佐世保市

本人との続柄

申請者氏名　　印

電話番号　（　　）　　－

生年月日　　年　　月　　日

年　　月　　日

佐世保市保健所長様

申請受付年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日

佐世保市が世帯構成員の収入状況等を確認することに同意します。	印鑑