

様式第 1 号(規格 A4)(第 5 条関係)

養育医療給付申請書							認 定	承認・ 不承認
本人	ふりがな		性別		生年 月日	年 月 日		番号
	氏 名				個人 番号			
	住 所							
被保険者証 等の記号 及び番号				保険者等 の 名 称				
希望する 指定養育 医療機関								
養育医療の給付を受けたいので申請します。 なお、徴収基準月額の決定に必要な世帯構成員の状況について、住民基本台帳等により照会すること及び課税状況について住民税課税台帳等により照会することを承諾します。 年 月 日 桐生市長 宛				申請者	住所	〒		
					氏名	(本人との続柄 )		
					電話	( )		
					個人 番号			
添 付 書 類	1 養育医療意見書							
	2 世帯調書							
	3 その他( )							
妊娠高血圧 症候群 (妊娠中毒症)	有 ・ 無			妊娠中の異常		有 ・ 無		
出 産 の 状 況	満期産			早期産 (妊娠満 週)				
低 体 重 児 届 出 状 況	未 届 ・ 届出済							
保 健 師 の 訪 問	無 ・ 有 (訪問 年 月 日)							
家 庭 環 境 生 活 環 境								