様式第２号（第６条、第９条、第１０条関係）

養育医療給付（継続）申請書（記入例）

本人	ふりがな 氏　名	**お子様の氏名・ふりがなを記入**	男 女	生年 月日	Ｒ○○年○月○日
	居住地	**お子様が退院後に居住する住所を記入**	個人 番号	**お子さまのマイナンバーを記入** **（まだ通知カードが届いていない場合は不要）**	
	現在地	**お子様が現在入院している医療機関の住所地を記入**	出生時 の体重		g
扶養義務者	氏　名	**お子様を扶養する保護者を記入** **（お子様の加入予定の保険の本人）**	本人との続柄		職業
	居住地	電話（　　－　　－　　）	個人 番号	**扶養義務者のマイナンバーを記入**	

被保険者等記号・番号		保険者等 の名称	
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	**お子様が現在入院している医療機関名と住所地を記入**		

別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付（継続）を申請します。

年　　月　　日

扶養義務者の名前を記入

住　所

氏　名

（自署もしくは記名押印）

甲斐市長　　様