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

本人	ふりがな 氏　名		男 女	生年 月日	年　　月　　日	
	居住地		個人 番号			
	現在地			出生時 の体重	g	
扶養義務者	氏　名		本人との続柄		職業	
	居住地	電話（　　－　　－　　）	個人 番号			

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			

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

住　所

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署もしくは記名押印）

甲斐市長　　様