

## 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		個人番号		
電話（                      —                      —                      ）					
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 機関の名称及び所在地					
<p>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。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年            月            日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住 所</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名 _____ ⑩</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">（自署もしくは記名押印）</p>					
甲斐市長			様		