

様式第1号（第2条関係）

※太枠内のご記入をお願いします。

養育医療給付申請書							認定	承認・不承認	
受療者	ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	令和 年 月 日			番号	
	住所	高崎市		個人 番号					階層区分
被保険者証等の 記号及び番号				保険の種類	国保	被保	その他		
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、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により申請します。									
令和 年 月 日									
(宛先) 高崎市長		申請者	住所	〒					
			氏名	(受療者との続柄)					
			個人 番号						
			電話	()					

市記載欄

添付書類	1 養育医療意見書 2 世帯調書 3 被保険者証等の写し 4 その他 ()		
出産予定日	令和 年 月 日		
健診受診医療機関			出産医療機関
出産の状況	満期産 (妊娠満 週)		早期産 (妊娠満 週)
妊娠中毒症	無 · 有	妊娠中の異常	無 · 有 (病名・症状)
母の様子	入院中 · 退院 (自宅・里帰り)		
	異常 (無・有) 病名・症状		
乳児の様子	退院予定 (令和 年 月 日)		
	未熟児以外の病気 (無・有) 病名・症状		
保健指導の 訪問先	自宅・里帰り : 住所 〒		TEL (保健指導に関する連絡先)
	世帯主名		
育児の協力者	無 · 有 (父・母方祖父母・父方祖父母・その他 ())		
その他			

申請受理日 R 年 月 第 号