

養育医療給付申請書										承認・不承認		
受療者	ふりがな				男・女	生年 月日	令和 年 月 日			認定	番号	
	氏名										階層区分	
	住所	高崎市				個人 番号						
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												
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 高崎市長</p>												
		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											