

寒川町養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住所 _____

(保護者) 氏名 _____ (印)

個人番号 _____

電話番号 _____

※太枠の中をご記入下さい

				1新規	2継続
保険者等の 記号及び番号			保険者番号		
			保険者名		
お子さんの氏名 及び生年月日等	フリガナ			出生時の 体 重	g
	氏 名				
	個人番号			生年月日	年 月 日
保 護 者	フリガナ			お子さん との続柄	
	氏 名				
	個人番号				
	住 所	〒 _____			
	電 話	()			
指定養育 医療機関	名 称		電話 番号	()	
	所在地	〒 _____			
<p>町で保管する本事業に関し必要な情報について町長が利用すること及び個人情報を未熟児訪問指導事業の資料として使用することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">保護者名</p>					