

養育医療給付(継続・変更)申請書

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									〔 太枠の中だけボールペン で強く記入してください。 〕
医療保険各法による 記号及び番号								保 険 者 等 の 名 称	
乳 児 ( 本 人 )	(ふりがな) 氏 名							出生時 体 重	g
	生 年 月 日		年 月 日					男・女	
	個 人 番 号								
保 護 者 ( 申 請 者 )	氏 名								
	生 年 月 日		年 月 日					本人との続柄	
	住 所		(〒 ) 電話( )						
	個 人 番 号								
医 療 機 関 ( 病 院 ・ 診 療 所 )	名 称								
	所 在 地								
この券の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								
診 療 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで								
徴 収 金 ( 月 額 )	階層 円								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、申請に当たり、費用の徴収に関する事務を処理するため、乳児及び扶養義務者並びに生計を一にする子の市町村民税課税状況を川崎市長が確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先)川崎市保健所長</p>									