

養育医療給付申請書						
児	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名					
	居住地	湖南省		個人番号		
	現在地					
扶養義務者	氏名		児との続柄		職業 (勤務先)	
	居住地	湖南省				
	電話番号		個人番号			
医療保険各法の 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						
備考						
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。 申請者 住 所 湖南省 氏 名 児との続柄 年 月 日 湖南省長 宛						

養育医療給付決定のため申請いただいた個人情報、適切な医療費徴収と公費請求のため指定医療機関へ報告いたします。

また、目的外利用、第三者提供はいたしません。

湖南市長 宛

個人情報の報告に同意します。

氏 名 _____

申 請 受 付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
------------------	-------	--------------	-------