

養育医療費支給申請書	
公費負担者番号	
受給者番号	
本人氏名	
担当医師の意見	看護を必要とする期間
	年 月 日から 年 月 日まで
	移 区 間
	方 法
	移送年月日
看護又は移送を必要と認める事由	
費用見積額	円
年 月 日 指定養育医療機関名称及び所在地 担当医師氏名 印	
やむを得ない理由で事後において申請するときはその理由	
本書のとおり養育医療費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 (自署もしくは記名押印) 能代市長 様	