様式第１号（第２条第１項）

養育医療給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ふりがな |  | | 男・女 | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 |  | | 個人番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 現在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな |  | | 本人と  の続柄 | |  | | | | | 職業 | | |  | | | | | | |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 |  | | 個人番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 健康保険被保険者証の保険者名称 | |  | | 被保険者証等の記号及び番号 | | | | | 記号 | | | | | | 番号 | | | | | |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | | 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　四街道市長　　　　　　様  　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、関係書類を添えて上記のとおり申請します。  郵便番号  住　　　　所  申　請　者  氏　　　　名  生年月日  本人との続柄  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |