第２号様式（第４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 | |  | | | | | | | | |
| 現在地 | |  | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | | |
| 申請者 | ふりがな | |  | | 本　人と　の  続　柄 |  | | | | 職業 |  |
| 氏名 | |  | |
| 住所 | |  | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | | |
| 被保険者証等の  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 | | |  | | | | | | | | |
| 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。    　　令和　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　　　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先：電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本人との続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生　年　月　日　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  習志野市長　　　宛て | | | | | | | | | | | |
| 申請受付  年月日 | |  | | 決定  年月日 | | |  | | | | |