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 |  |