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 | **ならしの　はなこ** | 男・女 | 生年月日 | **令和〇**年**〇**月**〇**日 |
| 氏名 | **習志野　花子** |
| 住所 | **習志野市○○○１－１－１　○×マンション１０１** |
| 現在地 | **≪入院中の病院名称と住所≫****申請者欄は健康保険の扶養者となっている方をご記入ください****※退院後も病院名称と住所を記してください** |
| 個人番号 | **１２３４＊＊＊＊＊＊＊１** |
| 申請者 | ふりがな | **ならしの　たろう** | 本　人と　の続　柄 | **父** | 職業 | **・会社員****・公務員****・自営業****・無職　 等** |
| 氏名 | **習志野　太郎** |
| 住所 | **習志野市○○○１－１－１　○×マンション１０１** |
| 個人番号 | **１２３４＊＊＊＊＊＊＊２** |
| 被保険者証等の記号及び番号 | **記号○○○番号000000** | 保険者等の名称 | **○×健康保険組合** |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | **≪入院中の病院名称と住所≫** |
| 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。　※日付は空欄でお持ちください　　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　　　　所　　**習志野市○○○１－１－１****○×マンション１０１**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先：電話　　**０４７－○×○－△△○○**）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本人との続柄　　**父**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　**習志野　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生　年　月　日　　**平成〇**年**〇**月**〇**日習志野市長　　　宛て |
| 申請受付年月日 | （空欄） | 決定年月日 | （空欄） |