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） | | | | |