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 |  |