

## 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									
健康保険の保 険者名称			被保険者の 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												
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

(印)※

※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

生年月日本人との続柄電話番号

申請受付年月日