

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	年 月 日												
	氏 名			月 日													
	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																
	所在地																
備 考																	
<div>年 月 日</div> <div>四街道市長 様</div> <div>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。</div> <div>申 請 者</div> <div>郵便番号</div> <div>住所</div> <div>氏 名</div> <div>※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</div> <div>生 年 月 日</div> <div>本人との続柄</div> <div>電 話 番 号</div>																	
申請受付年月日																	