

第2号様式 (第3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				
	現 在 地				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		職業
	氏 名				
	住 所				
被保険者証等の 記号及び番号			保険者等 の 名 称		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
備 考					
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 郵便番号 住 所 (連絡先：電話) 本人との続柄 申 請 者 氏 名 印 申請者生年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">多古町長 様</p>					
申請受付 年 月 日					

注 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。