別記第2号様式（第3条第1項関係）

|  |
| --- |
| 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 |  |
| 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。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　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　　　　多古町長　　　　　　　　　様 |
| 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。