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。