様式第1号(第2条関係)

袖ケ浦市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 | 　 |
| 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 | 　 |
| こども医療費の助成を受けられる場合、助成される医療費の養育医療徴収金への充当 | 希望する・希望しない |
| 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　　袖ケ浦市長　　　　様申請者　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　 |
| 申請受付年月日 | 　 |