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 | |  | | | | | | | | | | |