

様式第1号(第2条関係)

袖ヶ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						
子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						
<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: right;">年 月 日</p> <p>袖ヶ浦市長 様</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 住 所 電話番号 氏 名 生年月日</p>						
申請受付年月日						