

【記載例】

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 | そでがうら いちろう | 男 | 生年月日 | 平成30年4月25日 | |
| | 氏名 | 袖ヶ浦 一郎 | | | | 女 |
| | 住所 | 袖ヶ浦市坂戸市場1番地1 | 個人番号 | ○○○○○○○○○○○○○○ | | |
| | 現在地 | 同上 | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな | そでがうら たろう | 本人との続柄 | 父 | 職業 | 会社員 自営業等 |
| | 氏名 | 袖ヶ浦 太郎 | | | | |
| | 住所 | 同上 | 個人番号 | ○○○○○○○○○○○○○○ | | |
| 被保険者証等の記号及び番号 | 記号○○ 番号○○ | 保険者等の名称 | ○○保険組合 | | | |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | △△病院 袖ヶ浦市神納××番地 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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。 | | | | | | |
| 平成30年4月30日 | | | | | | |
| 袖ヶ浦市長 様 | | | | | | |
| 申請者 住所 袖ヶ浦市坂戸市場1番地1 電話番号 0438(62)3272 氏名 袖ヶ浦 太郎 生年月日 昭和61年4月5日 | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | | | | | |