

様式第2号（第3条関係）

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																		
	居 住 地				個人 番号														
	現 在 地																		
扶養義務者	ふりがな		本人との 続 柄																
	氏 名																		
	居 住 地	郵便番号（ ）			個人 番号														
		電話番号（ ）																	
被 保 険 者 等 の					保 険 者 等 の														
記 号 及 び 番 号					名 称														
希 望 す る 指 定 養 育																			
医 療 機 関 の 名 称																			
及 び 所 在 地																			
備 考																			
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養育医療の給付を申請します。																			
年 月 日 届出者 住 所																			
氏 名 ㊟																			
本人との続柄																			
新富町長 殿																			