様式第２号（第２条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養 育 医 療 給 付 申 請 書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳　児 | ふりがな |  | | | 性  別 | | 男・女 | | | 生年月日 | | | | 年　月　日 |
| 氏　名 |  | | |
| 住所地 |  | | | | | | | | 個人番号 | | | |  |
| 現在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな |  | | | 乳児との続柄 | | | |  | 生年月日 | | | | 年　月　日 |
| 氏　名 |  | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | 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 | | 名 称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 別紙関係書類を添えて、下記のとおり養育医療の給付を申請します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  函南町長　仁科　喜世志　様  　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　乳児との続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | |  | | | 決定年月日 | | | | | | |  | |

記載上の注意

１　「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

２　「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。

３　「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。