

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					
	現在地					
扶養義務者	ふりがな		本人との 続柄			
	氏名					
	居住地	〒 -				
		電話番号()				
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 称および所在地						
備 考						
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者 住所 氏名 印 本人との続柄</p> <p style="text-align: left;">日向市長 様</p>						

記載上の注意

- ・「居住地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「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。