

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	ひゅうが いちこ		女	生年月日	●年●月●日
	氏名	日向 一子				
	居住地	日向市本町 10 番 5 号				
	現在地	●●市●●●● (入院中ならその住所)				
扶養義務者	ふりがな	ひゅうが たろう		本人との続柄	父	
	氏名	日向 太郎				
	居住地	〒883-8555				
		日向市本町 10 番 5 号				
電話番号(●●●●-●●●●-●●●●)						
被保険者証等の記号及び番号	記号 ●●●●	番号 ●●●●	保険者等の名称	●●●●		
希望する指定養育医療機関の名称および所在地	●●市●● ●●病院					
備考						
<p>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>●年●月●日</p> <p>届出者 住所 日向市本町 10 番 5 号</p> <p>氏名 日向 太郎 印</p> <p>本人との続柄 父</p> <p>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。