

様式第2号（第3条関係）

										階層区分																		
養育医療給付申請書（初回・継続・転院）																												
本人	ふりがな 氏名					生年月日			年 月 日																			
	個人番号																											
	居住地																											
	現在地																											
保護者	氏名					本人との続柄																						
	生年月日					年 月 日			電 話																			
	個人番号																											
	住 所																											
保 険 種 別		全国健康保険協会管掌健康保険 ・ 健康保険組合 ・ 船員保険 ・ 共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護 ・ その他（ ）																										
被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号		記号				番号				保険者等の名称 (発行機関名)																		
希望する指定養育 医療機関の名称 及び所在地																												
備 考																												
<p>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項の規定により申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>庄内町長 富樫 透 殿</p> <p style="text-align: right;">扶養義務者 氏名</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td>個人番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														個人番号														
個人番号																												
受付年月日			年 月 日			決定年月日			年 月 日																			

添付書類

- 1 担当医師の養育医療意見書
- 2 世帯調書
- 3 子育て支援医療療養費支給額充当依頼書