様式第２号（第３条関係）

養育医療給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳児 | ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 性別 | 男　・　女 | 個人番号 | |  | | |
| 住所地  （住民票所在地） | 郵便番号 | | | | | |
| 現在地  （住所地と異なる場合） | 郵便番号 | | | | | |
| 扶養義務者 | ふりがな  氏名 |  | 乳児との続柄 |  | | 職業 |  |
| 居住地 | 郵便番号 | | | | | |
| 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 | |  | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | |
| 希望する指定養育医療機関の所在地及び名称 | |  | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | |
| 別紙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。  白老町長　様  　　　　年　　　月　　　日    　　　　　　　　　　申請者　郵便番号  　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　　　　　　乳児との関係  　（申請者本人の自署の場合は押印省略可） | | | | | | | |