別記
様式第1号(第2条第1項)

<table>
<tr><td colspan="10">養育医療給付申請書</td></tr>
<tr><td rowspan="4">本人</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="4" rowspan="2">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>現在地</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">扶養義務者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">本人との続柄</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">職業</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">健康保険被保険者証の保険者名称</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">被保険者証等の記号及び番号</td><td>記号</td><td colspan="2">番号</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">希望する指定養育医療機関の名称及び所在地</td><td>名　称</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="8"></td></tr>
</table>

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、関係書類を添えて上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

八街市長　　様

申請者

郵便番号

住所

連絡先：電話

本人との続柄

申請者氏名　　㊞

申請者生年月日　　年　　月　　日

申請受付年月日	