

別記
様式第1号(第2条第1項)

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな			男・女	生年月日 令和 年 月 日
	氏名				
	住所			個人番号	
	現在地				
扶養義務者	ふりがな			本人との続柄	職業
	氏名				
	住所			個人番号	
健康保険被保険者証の保険者名称				被保険者証等の記号及び番号	記号 番号
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	名称				
	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、関係書類を添えて上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>八街市長 様</p> <p>申請者</p> <p>郵便番号 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>連絡先：電話 _____</p> <p>本人との続柄 _____</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>申請者生年月日 _____ 年 月 日</p>					
申請受付年月日				/	