様式第2号(第4条関係)

養育医療給付申請書

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="3" rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受療者の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受療者の個人番号</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><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">受療者との続柄</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">職業</td><td colspan="3" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>扶養義務者氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>扶養義務者の居住地</td><td colspan="7">〒　　－</td><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>扶養義務者の個人番号</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><td></td></tr>
<tr><td>被保険者証等の記号及び番号</td><td colspan="4"></td><td>保険者等の名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>希望する指定養育医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="8">所在地

名　称
電話番号</td></tr>
</table>

上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

申請者住所

申請者氏名
(署名または記名押印)

受療者との続柄　(　　)

(提出先)
日高市長

添付書類

1　指定養育医療機関の医師の作成した養育医療意見書

2　世帯調書