

| 養育医療給付申請書 | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------|---------------|-------------------------|-------------|
| 本人 | 氏名 | とみさと はじめ 富里 はじめ | 男・女 | 生年月日 | 令和 3年 4月 1日 |
| | 住所 | 富里市七栄652-1 | | 個人番号 | |
| | 現 | 富里市御料12345 | | お子さんが入院中の病院の住所をご記入ください | |
| 扶養義務者 | 氏名 | 富里 太郎 | 本人との続柄 | 父 | 職業 会社員 |
| | 住所 | 富里市七栄652-1 | | 個人番号 | |
| 健康保険被保険者証の保険者名称 | 全国健康保険組合 | | 被保険者証等の記号及び番号 | 記号 21700023 | 番号 21 |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | 名称 | 千葉県立富里病院 | | お子さんの健康保険証を見ながらご記入ください。 | |
| | 所在地 | 富里市御料12345 | | | |
| 備考 | 入院中の病院をご記入ください | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 令和 3 年 4 月 10 日 | | | | | |
| 申請者 | できるだけ扶養義務者と同じ方をご記入ください。 | | | | |
| 郵便番号 | 〒286-0292 | | | | |
| 住所 | 富里市七栄652-1 | | | | |
| 連絡先：電話 | 0476-93-4121 | | | | |
| 本人との続柄 | 父 | | | | |
| 申請者氏名 | 富里 太郎 | | | | |
| 申請者生年月日 | 昭和・平成 63年 1月 1日 | | | | |
| 富里市長 | 様 | | | | |
| 申請受付年月日 | | | | | |

