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） |