様式第２号（第３条、第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | 初回 ・ 継続 | | | | |
| 養 育 医 療 給 付 申 請 書 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳　　　　児 | ふりがな |  | | | | | | 男・女 | 生年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | 氏　名 |  | | | | | 本人との続柄 | | |  | | | | | 職業 |  |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | 記　号 | |  | | 保険者等の名称及び保険者番号 | | | | 番号 | | | |  | | |
| 番　号 | |  | | 名称 | | | |  | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 母子健康保険法第２０条第１項の規定による養育医療の給付を受けたいので、上記のとおり申請します。  　　　令和　　年　　月　　日  　　　　申請者住所  　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　乳児との続柄  　　　　電話番号  石巻市長　　　　　　　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | | 年　　月　　日 | | 決定年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | |