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 |