

第2号様式（第3条関係）

養育医療給付（継続）申請書

| | | | | | | |
|--|--------------------|--------|------------|----------|-------|--|
| 本人 | ふりがな 氏名 | | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日 | |
| | 住所地 | | | 個人番号 | | |
| | 現在地 (住所地と異なる場合) | | | | | |
| 扶養 義務 者 | 氏名 | | 本人との 続柄 | | 職業 | |
| | 住所地 | | | | | |
| | 電話番号 | | | 個人番号 | | |
| 被保険者証の記号及び 番号 | | 保険者の名称 | | | | |
| | | 保険者番号 | | | | |
| 希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |
| <p>養育医療（継続）意見書及び世帯調書を添えて上記のとおり養育医療給付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>東員町長 水谷 俊郎 様</p> | | | | | | |