別記様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 有効期間 | 年　　　月　　　日  ～　　　年　　　月　　　日 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 |

養育医療給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本  人 | ふりがな | |  | 男・女 | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 氏名 | |  |
| 居住地 | | 〒  （電話番号） | | 個人番号 | | |  | |
| 現在地 | |  | | | | | | |
| 保  護  者 | 氏名 | |  | 続柄 | |  | | 職業 |  |
| 居住地 | | 〒  （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 |  | | |
| 指定  養育  医療  機関 | 名称 |  | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | |
| 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。  　　　　　年　　月　　日  申請者氏名  　　野木町長　　様 | | | | | | | | | |

**※太枠の中のみ御記入ください。**