

第4号様式（第4条第1項）

養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月 日	年 月 日
	居 住 地			個人番号	
	現 在 地 (居住地と異なる場合)				
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人との続柄		
	居 住 地				
	電話番号		個人番号		
被保険者等の 記号及び番号			保険者等 の 名 称		
希望する指定養育医療機 関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合 は省略可能)					
備 考					
養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者住所 郵便番号 申 請 者 氏 名 電話番号 本人との続柄 (宛先) 茂原市長					
申請受付年月日			決定年月日		