

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 <small>(居住地と異なる場合)</small>				
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		
被保険者証等の 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 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合 は省略可能)</small>					
備 考					
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p>(宛先) 茂原市長</p>					
申請受付年月日			決定年月日		