

第 2 号様式（第 3 条関係）

養育医療給付（継続）申請書

|                                                                                                                 |             |  |             |  |            |       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|-------------|--|------------|-------|--|
| 児 童                                                                                                             | ふりがな<br>氏 名 |  | 性 別         |  | 生 年<br>月 日 | 年 月 日 |  |
|                                                                                                                 | 居 住 地       |  |             |  |            |       |  |
|                                                                                                                 | 住 所         |  |             |  | 個人番号       |       |  |
| 保 護 者                                                                                                           | 氏 名         |  | 児童との<br>続 柄 |  | 職 業        |       |  |
|                                                                                                                 | 居 住 地       |  |             |  |            |       |  |
|                                                                                                                 | 住 所         |  |             |  | 個人番号       |       |  |
| 医 療 保 険 各 法 の<br>記 号 及 び 番 号                                                                                    |             |  | 保 険 者 の 名 称 |  |            |       |  |
|                                                                                                                 |             |  | 保 険 者 番 号   |  |            |       |  |
| 希 望 す る 指 定<br>養 育 医 療 機 関 の<br>名 称 及 び 所 在 地                                                                   |             |  |             |  |            |       |  |
| 備 考                                                                                                             |             |  |             |  |            |       |  |
| <p>養育医療意見書、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>申請者 住所<br/>氏名<br/>児童との続柄<br/>電話番号</p> <p>（宛先）津市長</p> |             |  |             |  |            |       |  |