

様式第2号

療 育 給 付 申 請 書						
本 人	氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日	歳
	居 住 地					
	個 人 番 号					
扶 養 義 務 者	氏 名		本 人 と の 続 柄		職 業	
	居 住 地					
	個 人 番 号					
被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号		負 担 率	割	被 保 険 者 被 扶 養 者 の 別		
保 険 者 の 名 称						
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律適用の有無	1 第37条適用		2 第37条の2適用		3 適用なし	
希望する指定療育機関の名称及び所在地						
備 考						
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり療育の給付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者住所 氏 名（自署又は記名押印） 本人との続柄</p> <p>(宛先) 埼玉県 保健所長</p>						
申 請 書 受 理 年 月 日						