

養育医療給付申請書

(申請者記入)

本人 (受療者)	ふりがな					生年月日	年				月				日									
	氏名																							
	居住地																							
	現住地 (入院先住所)																							
被保険者証等の 記号及び番号		記号			番号			社保 国保	保険者の 番号															
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地																								
備考																								
以下の内容を確認し同意する場合は右欄にチェックを記入してください。																		確認済 ☒						
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。また、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳及び市税情報について、公簿等を閲覧することに同意します。																								
申請者（扶養義務者）																								
申請者住所：〒 ー																								
電話番号 ー ー																								
続柄 本人の																								
(ふりがな)																								
申請者氏名																								
申請者生年月日 年 月 日生 個人番号																								
年 月 日																								
豊中市長 様																								
					受付印押印欄										受付担当者									
(注) 被保険者証等の記号及び番号は、必ず被保険者証を参照の上記載してください。																								
															面談済					面談者				