

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	令和				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																			
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>申請者（扶養義務者）</p> <p>申請者住所：〒 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>続柄 本人の _____</p> <p>(ふりがな)</p> <p>申請者氏名 _____ ㊟ (自署の場合は押印不要)</p> <p>申請者生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 個人番号 _____</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>豊中市長様</p>																			
					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