

養育医療給付申請書

受療者	ふりがな			男・女	令和 年 月 日生
	氏名				
	住所地 (住民票)	〒 5 7 2 -		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒 -			
扶養義務者	ふりがな				受療者との続柄
	氏名				
	居住地	〒 -			
	電話番号		個人番号		
被保険者証	記号		番号		
	保険者等名称				
指定養育医療機関	名称				
	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>なお、寝屋川市において必要があると認めるときは、上記の事項、別紙関係書類の事項、又は私及び世帯員の課税状況について、関係機関に確認し、又は情報提供することに同意します。</p> <p>このことは、世帯員の同意を得ています。</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>申請者住所 _____</p> <p>ふりがな 申請者氏名 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">寝屋川市長 殿</p> <p style="text-align: right;">受療者との続柄</p>					
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

注意：被保険者証の記号番号は、必ず被保険者証を参照の上記入して下さい。