

養育医療給付申請書

(申請者記入)

本人 (受療者)	ふりがな		性別	生 年 月 日									
	氏 名		男・女	年 月 日									
	個人番号												
	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	保険者 の番号								
				国保									
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。なお、以後養育医療の給付に関し、所得等の確認が必要な場合は、担当職員が税務担当課課税台帳等により確認する事に同意します。</p> <p>申請者 (扶養義務者)</p> <p>住 所 〒 _____</p> <p>電 話 番 号 _____</p> <p>(ふりがな)</p> <p>氏 名 _____</p> <p>個 人 番 号 _____</p> <p>続 柄 本人の _____</p> <p>生 年 月 日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">羽 曳 野 市 長 様</p>													
(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。				受 付	入 力	確 認							

