

養育医療給付申請書

(申請者記入)

本人 (受療者)	ふりがな	しらとり じろう			性別	生 年 月 日								
	氏 名	白鳥 二郎			男・女	令和 3 年 4 月 1 日								
	個人番号	0000 0000 0000			お子様の生年月日									
	居住地	羽曳野市菅田4-1-1												
	現住地 (入院先住所)	羽曳野市野中1-2-3			病院の住所を ご記入下さい									
被保険者証等の 記号及び番号	記号	123	番号	8888	社保 国保	保険者 の番号	0	1	2	7	0	0	1	0
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地	羽曳野市野中1-2-3 0000病院			お子様の保険証をご確認の 上、記号・番号・保険者番号 をご記入ください										
備 考	病院の名称・住所を ご記入下さい													

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、所得等の確認が必ず申請者(扶養義務者)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。

住所 〒 583 - 0857

羽曳野市菅田4-1-1

電話番号 072 - 958 - XXXX

(ふりがな) しらとり たろう
氏 名 白鳥 太郎

個人番号 0000 0000 0000

生年月日 昭和・平成 60 年 6 月 1 日生

令和 3 年 4 月 5 日

羽曳野市長 様

(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