

記入例

養育医療給付申請書

お子様のお名前

(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	7	年	10	月	1	日								
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇										お子様の生年月日									
	居住地	羽曳野市菅田4-1-1										お子様のマイナンバー									
	現 住 地 (入院先住所)	羽曳野市※※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※※1-2-3 〇〇〇〇病院										お子様の保険証等をご確認 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、所得等の確認が必要となる場合は、申請者(扶養義務者)により確認する事に同意します。

申請者(扶養義務者)

住 所 〒 583 - 0857

羽曳野市菅田4-1-1

電 話 番 号 072 - 958 - ××××

(ふりがな) しらとり たろう

氏 名 白鳥 太郎

個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

生 年 月 日 昭和・平成 60 年 6 月 1 日生

令和 7 年 10 月 1 日

羽曳野市長 様

日中つながる番号を
ご記入下さい(携帯可)

申請者のマイナンバー

申請者の
生年月日

本市に提出する日
をご記入ください

(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