

## 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			<input checked="" type="radio"/> 男・女	令和 7 年 10 月 1 日								
	個人番号	0000 0000 0000			お子様の生年月日									
	居住地	羽曳野市善田4-1-1												
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限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上、記号・番号・保険者番号をご記入ください

世帯の主たる生計維持者の方  
(保護者のうち収入の多い方) 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

日中つながる番号を  
ご記入下さい(携帯可)

電話番号 072 - 958 - XXXX

氏名 (ふりがな)

しらとり たろう

白鳥 太郎

個人番号

0000 0000 0000

申請者のマイナンバー

生年月日

昭和・平成 60 年 6 月 1 日生

申請者の  
生年月日

令和 7 年 10 月 1 日

本市に提出する日  
をご記入ください

羽曳野市長様

		受付	入力	確認
(注) 被保険者証等の記号及び番号は、必ず被保険者証を参考の上記載してください。				