

養育医療給付申請書

(申請者記入)

本人(受給者)	ふりがな氏名	せつつ はなこ 摂津 花子	性別	男・女	生年月日	RO 年 O 月 O 日
	住所地(住民票所在地)	摂津市三島1-1-1			個人番号	111111111111
	現住地(入院先住所)	高槻市大学町2-7				
扶養義務者	ふりがな氏名	せつつ たろう 摂津 太郎	本人との続柄	父		
	居住地	同上				
	電話番号	06-6383-1980	個人番号	123456789000		
被保険者証等の記号及び番号	記号	摂国	番号	1234567	社保 国保 生保	保険者の番号 2 7 0 2 5 6
保険者等の名称	大阪府摂津市					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現住地と同じ場合は省略可)</small>	大阪医科大学付属病院					
備考						
記入日 → 年 月 日						
摂津市長 様						
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。						
申請者住所: 〒566 - 8555 摂津市三島1-1-1						
電話番号: 06 - 6383 - 1980						
続柄 本人の 父						
ふりがな せつつ たろう 申請者氏名 摂津 太郎						
申請者生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生 平成						
申請受付年月日					受付者	

(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。