様式第１号

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		男・女	生年 月日	年　　月　　日
	住　所　地 (住民票所在地)			個人 番号	
	現　住　地 （入院先住所）				
扶養義務者	ふりがな 氏　　名		本人との 続柄		
	居　住　地				
	電 話 番 号		個人番号		

被保険者証等の 記号及び番号	記号		番号		社保 国保 生保	保険者 の番号									
保険者等の名称															
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地 (所在地は本人現住地と同じ場合は省略可)															
備　　考															

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：〒　　－

電話番号：　　－　　－

続　　柄　本人の＿＿＿

ふりがな
申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者生年月日　昭和
平成＿＿年＿＿月＿＿日生

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。