

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		性別	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	保険者の 番号												
						国保													
						生保													
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。 住 所：〒 ー 電 話 番 号：ーー 申請者 続 柄 本人の (ふりがな) 氏 名 生 年 月 日 ー ー ー 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入してください。