

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	摂津 花子	性別	男・女	生年月日	R〇 年〇月〇日										
	住所 (住民票所在地)	摂津市三島1-1-1			個人番号	1111111111111111										
	現住地 (入院先住所)	高槻市〇〇町〇-〇														
扶養 義務者	ふりがな 氏名	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 (所在地は本人現住地と 同じ場合は省略可)	〇〇〇〇病院															
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: 〒 566-8555 摂津市三島1-1-1																
電 話 番 号: 06-6383-1980																
申請者	続柄	本人の <u>父</u>														
氏	ふりがな															
名	<u>摂津 太郎</u>															
生年月日 <u>〇〇年〇月〇日生</u>																
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。