

養育医療給付申請書

記入例

申請者記入)

本人の被保険者証の記載のとおり記入

本人(受療者)	個人番号	受療者(乳児)の個人番号(マイナンバー)を記入してください 届出時、児の個人番号が通知されていない場合、空欄のままです。								
	ふりがな	きのかわ じろう			性別	生 年 月 日				
	氏 名	紀の川 次郎			男	平成 〇〇年 〇月 〇日				
	居 住 地	紀の川市西大井338番1号								
	現 住 地 (入院先住所)	〇〇市〇〇町〇-〇-〇 病院の住所を記入								

被保険者証等の 記号及び番号	記号	1 2 3			番号	1 2 3			社保 国保	保険者 の番号	1	2	3	4	5	6	7	8

希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地	名 称	〇〇病院																
	所在地	〇〇市〇〇町〇-〇-〇																

備 考																		
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(宛先) 紀の川市長
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。
なお、申請に当たり公簿により所得等の確認をすることを承諾します。

平成 年 月 日

主たる生計者を記入

申請者(本人(受療者)の保護者)

住 所 〒 649 - 6492

紀の川市西大井338番地1号

(ふりがな)

氏 名 きのかわ たるう 紀の川 太郎

続 柄 本人(受療者)の 父 個人番号

個人番号の確認、本人確認(免許証など)を行ってください。

電 話 番 号 0736 - 77 - 0829

(注) 被保険者証等 上記申請者以外の方が窓口を参照の上記載してください。
に来庁される場合に記入

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏 名	紀の川 花子	申請者との続柄	妻	
住 所	紀の川市西大井338番地1号			
電 話 番 号	0736-77-0829			

