

養育医療給付申請書

（申請者記入）

本人（受療者）	個人番号																				
	ふりがな					性別	生 年 月 日														
	氏 名					男・女	年 月 日														
	居 住 地																				
	現 住 地 （入院先住所）																				
被保険者証等の 記号及び番号	記号				番号				社保 国保	保険者 の番号											
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地	名 称 _____ 所在地 _____ _____																				
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。 年 月 日 申請者（本人（受療者）の保護者） 住 所 〒 _____ _____ （ふりがな） 氏 名 _____ 続 柄 本人（受療者）の _____ 個人番号 _____ 電 話 番 号 _____																					

（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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	<input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）
氏 名	申請者との続柄	
住 所		
電 話 番 号		

