様式第１号（第２条関係）

養育医療給付申請書

受療者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年　月　日
	居住地			個人番号
	現在地（入院先住所）			
扶養義務者	ふりがな		生年月日	受療者との続柄
	氏名		年　月　日	
	居住地	TEL（　　）－（　　）－（　　）		個人番号

被保険者証等の記号及び番号	記号									番号		
保険者等の種類、番号及び名称	社保	保険者の番号									保険者等の名称	
	国保											
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地												
備考												

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、枚方市において必要があると認めるときは、上記の事項、別紙関係書類の事項又は私若しくは世帯員の課税状況について、関係機関に確認し、又は情報提供することに同意します。このことは、世帯員の同意を得ています。

（〒　　―　　）

申請者住所　枚方市

ふりがな　（　　）

申請者氏名　　㊞

申請者生年月日　　年　　月　　日

受療者との続柄　（　　）

年　　月　　日

（宛先）枚方市長

受付印	入力	確認