様式第１号（第２条関係）

記入例

# 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） | 病院の住所を記入してください。 | | 本人（医療を受ける者）の個人番号を記入してください。 |
| 扶養義務者 | ふりがな | 主たる生計維持者を記入してください。 | 生年月日 | 受療者との続柄 |
| | 氏名 | | 年　月　日 | |
| | 居住地 | TEL（　　）（　　）（　　） | 主たる生計維持者の個人番号を記入してください。 | 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 | 本人（医療を受ける者）の被保険者証（健康保険証等）の記号・番号・保険者番号・保険者名称を記入してください。 | | |
| | 国保 | | | |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | 病院の名称・住所を記入してください。 | | | |
| 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

主たる生計維持者を記入してください。

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 |
|---|---|---|
| | | |