様式第１号

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年　月　日
	住所	〒	個人番号	
扶養義務者	ふりがな		生年月日	本人との続柄
	氏名		昭和 平成　年　月　日	
	住所	〒 □同上		
	電話番号		個人番号	
被保険者の記号及び番号	記号		番号	
保険者の種類及び番号	社保 国保	保険者の番号		
希望する指定養育医療機関	名称			
	所在地			
備考				

別紙関係書類を添えて、上記の通り養育医療の給付を申請します。

（〒　　―　　）

申請者住所

本人との続柄　（　　）

ふりがな　（　　）

申請者氏名

年　　月　　日

（宛先）　東大阪市長

市記入欄

個人番号確認方法	□申請者提出書類　□その他	申請受付年月日	
受付者名		経由保健センター名	
加入医療保険確認方法	□マイナ保険証及びマイナポータルの資格情報画面　□マイナ保険証のみ □別添のとおり		