

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	〒				
	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。 (〒 ー) 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 ☐ 別添のとおり		