様式第1号(第5条関係)

養　育　医　療　給　付　申　請　書

養育医療の給付を次のとおり申請します。

また、この申請により養育医療の給付が決定され、養育医療券が交付された場合で、当該養育医療券の有効期間が過ぎてもなお養育医療の給付を継続する必要があると認めて指定養育医療機関が市長に協議を申し出たときは、養育医療の給付の継続を申請したものとします。

なお、養育医療の給付の資格に関する個人情報について、住民基本台帳、市民税課税台帳、国民健康保険資格台帳、子どもの医療費助成資格台帳、ひとり親家庭医療費助成資格台帳及び重度障害者医療費助成資格台帳において、必要に応じた調査を受けることを承諾します。

<table>
<tr><td rowspan="5">本人(受療者)</td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="4"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>現在地
(入院先住所)</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証等の記号及び番号</td><td>記号</td><td></td><td>番号</td><td></td><td>社保
国保</td><td>保険者番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する指定養育医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

申請者(扶養義務者)

〒　―

申請者住所　：

電話番号　：　―　―

続柄　：本人の

(ふりがな)

申請者氏名　：

申請者生年月日：　年　月　日

個人番号：

年　月　日

(宛先)箕面市長

申請受付年月日		決定年月日	

(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。

様式第1号(第5条関係)

記入例

養　育　医　療　給　付　申　請　書

養育医療の給付を次のとおり申請します。

また、この申請により養育医療の給付が決定され、養育医療券が交付された場合で、当該養育医療券の有効期間が過ぎてもなお養育医療の給付を継続する必要があると認めて指定養育医療機関が市長に協議を申し出たときは、養育医療の給付の継続を申請したものとします。

なお、養育医療の給付の資格に関する個人情報について、住民基本台帳、市民税課税台帳、国民健康保険資格台帳、子どもの医療費助成資格台帳、ひとり親家庭医療費助成資格台帳及び重度障害者医療費助成資格台帳において、必要に応じた調査を受けることを承諾します。

本人(受療者)	ふりがな	みのお　もみじ	生年月日
	氏名	箕面　紅葉	令和●年●●月●●日
	居住地	箕面市西小路４－６－１	
	現在地(入院先住所)	箕面市萱野５－７－１	
	個人番号	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	
被保険者証等の記号及び番号	記号 123	番号 456789	社保(○) 国保 / 保険者番号 5 5 5 5 5 5 5 5
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	箕面市立病院 箕面市萱野５－７－１		
備考			

申請者(扶養義務者)

〒５６２―０００３

申請者住所：箕面市西小路４－６－１

電話番号：０７２―７２３―２１２１

続柄：本人の父

(ふりがな)

申請者氏名：みのお　たろう　箕面　太郎

申請者生年月日：平成●年●●月●●日

個人番号：1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

年　月　日

(宛先)箕面市長

申請受付年月日		決定年月日	

(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。