

養育医療給付申請書

(申請者記入)

本人 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 住 地 (入院先住所)																		
被保険者証等の 記号及び番号	記号		番号		社保 国保	保険者 の番号													
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地	名 称 _____ 所在地 _____ _____																		
備 考																			
和泉市長 あて 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、申請に当たり公簿により所得等の確認をすることを承諾します。 年 月 日 申請者（本人(受療者)の保護者） 住 所 〒 _____ _____ (ふりがな) 氏 名 _____ ㊟ (個人番号： _____) 続 柄 本人（受療者）の _____ 電 話 番 号 _____																			

(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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）	
氏 名		申請者との続柄
住 所		
電 話 番 号		