

養育医療給付申請書

本人	ふりがな				性別	生 年 月 日				
	氏 名	お子様			男・女	年 月 日				
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 —								
	現 住 地 (住所地と異なる場合)	〒 — ご入院されている場合、病院の住所をご記入ください。								
医療保険各法の 記号及び番号	記 号		番 号		保 国 保	保険者番号				
指定養育医療機関 の名称及び所在地	名称： 病院名 所在地： 病院の住所									
備 考	生活保護 (有 無)			個人番号 (本人)		マイナンバー				
				個人番号 (扶養義務者)		マイナンバー				
<p>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。</p> <p>なお、世帯情報及び税情報を確認するため、住民基本台帳及び市民税課税台帳等により確認されることを承諾します。また、母子保健業務関係機関に情報を提供されることを承諾します。福祉医療助成制度の対象者である場合、養育医療の自己負担金から福祉医療の助成額を差し引くため、福祉医療助成に係る所定の申請権限を茨木市長に委任します。個人番号を記入せずに提出した場合は、公簿等で個人番号を確認し、補記することに同意します。</p>										
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 父または母で、家計の中心者 (主に所得が高い方) </div>										
申請者 (扶養義務者) _____ 申 請 者 住 所 : 〒 _____ _____ (居 住 地) : 〒 _____ _____ 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 _____ 日生 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (申 請 先) 茨 木 市 長										
申請受付年月日					決定年月日					

- (注)
- 1 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。
 - 2 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
 - 3 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
 - 4 「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。