

養育医療給付申請書

本人	ふりがな氏名 (診療を受ける子どもの名前)	男女	生年月日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日
	居住地 郵便番号■■■■-■■■■ (住民登録のある住所)	個人番号		
人	現在地 (居住地と異なる場合) 郵便番号 (入院中の場合は医療機関の住所)			
扶養義務者	ふりがな氏名 (保護者等の健康保険の被保険者本人の名前)	本人との続柄		
	居住地 郵便番号■■■■-■■■■ (住民登録のある住所)			
	電話番号 (申請者と異なる場合は申請者の電話番号もご記入ください)	個人番号		
被保険者証等の記号及び番号	(被保険者証を確認して記入してください。申請時には被保険者証を提示してください。)	保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)	(入院診療を受ける医療機関名を記入してください)			
備考				
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、支給認定に係る世帯の住民票記載事項及び私の世帯に属する市町村民税等を尼崎市が閲覧(転入者については前住所地へ照会)することに同意し、この申請書および添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。				
申請者住所 郵便番号				
本人との続柄				
申請者氏名				
(父母等親権を行う者等保護者の自署が必要です)				
令和 年 月 日				
尼崎市長 様				
申請受付年月日	令和 年 月 日	送付年月日	令和 年 月 日	

記載上の注意

- ・「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「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。
- ・「個人番号」の欄は、マイナンバーを記入してください。お子様の個人番号が分からない場合は空白で構いません。