

養育医療給付申請書

本人	ふりがな氏名		男女	生年月日	令和 年 月 日
	居住地	郵便番号 尼崎市	個人番号		
人	現在地 (居住地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	居住地	郵便番号			
	電話番号		個人番号		
被保険者証等の記号及び番号			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)					
備考					
<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。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。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 郵便番号</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">尼崎市長 様</p>					
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。