

# 養育医療給付申請書

|                    |      |            |  |  |  |                |          |             |  |          |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|------|------------|--|--|--|----------------|----------|-------------|--|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 本人                 | ふりがな |            |  |  |  | 性別             | 生 年 月 日  |             |  |          |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    | 氏 名  |            |  |  |  | 男・女            | 令和 年 月 日 |             |  |          |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    | 住 所  |            |  |  |  |                |          |             |  | 個人<br>番号 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 扶養義務者              | ふりがな |            |  |  |  | 生 年 月 日        |          |             |  |          | 本人との続柄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    | 氏 名  |            |  |  |  | 昭和<br>平成 年 月 日 |          |             |  |          |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    | 住 所  |            |  |  |  |                |          |             |  | 個人<br>番号 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者証等の<br>記号及び番号  |      | 記号         |  |  |  | 番号             |          |             |  | 社保<br>国保 | 保険者の番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |      | 被保険者証発行機関名 |  |  |  |                |          |             |  |          |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |      | 資格取得年月日    |  |  |  |                |          | 平成・令和 年 月 日 |  |          |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 養育医療機関の<br>名称及び所在地 |      |            |  |  |  |                |          |             |  |          |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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、費用の徴収額を決定するため市民税課税台帳等により確認することを承諾します。

また、福祉医療（乳幼児・ひとり親・障がい児）の助成申請及び助成金の受領に関する権限を守口市長に委任します。

令和 年 月 日

守口市長様

申請者住所：〒 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者生年月日 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

本人との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

|       |           |          |     |     |
|-------|-----------|----------|-----|-----|
| 受給者番号 | 第 _____ 号 | 発行年月日    | 受 付 | 備 考 |
|       |           | 令和 年 月 日 |     |     |

## 養育医療給付申請書

|   |      |                     |       |   |   |              |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|---|------|---------------------|-------|---|---|--------------|--------|---|------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 本人  | ふりがな | もりぐち はなこ            |       | 性別  | 生 年 月 日   |              |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   | 氏 名  | 守口 花子               |       | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女     | 令和 2年 4月 10日                                      |              |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   | 住 所  | 守口市京阪本通2丁目5番5号      |       |   | 個人<br>番号  | 222222222222 |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 扶養義務者   | ふりがな | もりぐち たろう            |       | 生 年 月 日                                   |   |              | 本人との続柄 |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   | 氏 名  | 守口 太郎               |       | <input checked="" type="radio"/> 昭和<br>平成 | 47年10月 1日   |              |        | 父   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   | 住 所  | 守口市京阪本通2丁目5番5号      |       |   | 個人<br>番号  | 111111111111 |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 被保険者証等の<br>記号及び番号   |      | 記号                  | 1 2 3 |   | 番号  | 4 5 6 7 8    |        | <input checked="" type="radio"/> 社保<br><input type="radio"/> 国保 | 保険者<br>の番号 |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
|   |      | 被保険者証発行機関名          |       |   | 〇〇〇〇工業健康保険組合                                      |              |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |      | 資格取得年月日             |       |   | 平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和 2年 4月 10日 |              |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 養育医療機関の<br>名称及び所在地  |      | 〇〇〇〇病院<br>守口市外島町〇〇〇 |       |   | 本人（乳児）が入院する指定医療機関を記入してください。                       |              |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <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、費用の徴収額を決定するため市民税課税台帳等により確認することを承諾します。</p> <p>また、福祉医療（乳幼児・ひとり親・障がい児）の助成申請及び助成金の受領に関する権限を守口市長に委任します。</p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <span style="border: 1px dashed gray; border-radius: 10px; padding: 2px 5px;">本市に提出する日を記入してください。</span> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和 2 年 5 月 20 日</p> <p>守口市長様</p> <p>申請者住所：〒 570-8666</p> <p style="margin-left: 150px;">_____</p> <p style="margin-left: 150px;">守口市京阪本通2丁目5番5号</p> <p style="margin-left: 100px;">(ふりがな)      もりぐち たろう</p> <p>申請者氏名      _____</p> <p style="margin-left: 150px;">_____</p> <p>申請者生年月日      <input checked="" type="radio"/>昭和<br/>平成 47年 10月 1日生</p> <p>本人との続柄      _____</p> <p>電 話 番 号      _____</p> <p style="margin-left: 150px;">_____</p> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 10px; padding: 2px 5px; margin-left: 100px;">                 届間に連絡を取ることでできる番号を記入してください。             </div> |      |                     |       |   |   |              |        |   |            |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

|       |   |   |          |     |     |
|-------|---|---|----------|-----|-----|
| 受給者番号 | 第 | 号 | 発行年月日    | 受 付 | 備 考 |
|       |   |   | 令和 年 月 日 |     |     |