

療 育 給 付 申 請 書												
本 人	ふりがな			性 別	生 年 月 日							
	氏 名			男・女	平成 令和	年		月		日		
	居住地	〒 大阪市			個人番号							
扶 養 義 務 者	ふりがな			本人との 続柄		職 業						
	氏 名											
	電話番号				個人番号							
	居住地	本人の居住地と異なる場合のみ記載してください 〒										
医療保険各法の 記号及び番号					保険者等の 名称							
指定療育機関の 名称及び所在地												
備 考												
別紙関係書類を添えて上記のとおり療育の給付を申請します。 なお、この認定のために必要な場合は、私及び給付認定基準世帯員等の課税台帳、医療保険の資格情報、他の関係公簿等を閲覧又は照会されることに同意します。なお、以上の内容については、同世帯員等全員の承諾を得ています。 令和 年 月 日 （提出先） 大阪市長 申請者氏名 本人との続柄 申請者住所 (本人の居住地と異なる場合のみご記入ください)												
保健福祉センター記載欄 《申請書の個人番号確認書類》 ☐ 個人番号カード【A-0】 ☐ 通知カード【A-1】 ☐ 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書【A-2】 ☐ 申立書・その他【A-5】											受付印	