

負担者番号	2	3	2	7	6	0	2	5
受給者番号								

養育医療給付申請書（新規 変更 転院）

本人	ふりがな			性別	生年月日														
	氏名			男・女	令和	年	月	日											
	住所	〒□□□□-□□□□		個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
		大阪市		区															

扶養義務者	ふりがな			本人との続柄	1父 2母 3その他()															
	氏名																			
	電話			個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	住所	本人の住所と異なる場合のみ記載してください																		
		〒□□□□-□□□□																		

健康保険証	種類	社保 国保 生保 (該当するものに○を付けてください。)																		
	記号	番号		保険者番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
					保険者氏名															

子ども医療・ひとり親家庭医療・重度障がい者医療 該当するものに○を付けてください。				医療費助成 受給者番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
--	--	--	--	----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地	医療機関コード	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	名称																			
	所在地																			

この券の有効期間	令和	年	月	日	から
	令和	年	月	日	まで

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。

令和 年 月 日

申請者 氏名

住所
(本人の住所と異なる場合のみご記入ください)

電話

本人との続柄

(提出先) 大阪市長

注1 新規・変更・転院のいずれかに○をしてください 2 太線内は記入しないでください。 3 各医療費助成の対象の方は必ず受給者番号を記入してください。	保健福祉センター確認欄	受付印
	保健福祉センター記載欄 《申請書の個人番号確認書類》	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 同意書兼世帯調書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 手続き中 <input type="checkbox"/> 各医療証 <input type="checkbox"/> 手続き中 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 所得状況等確認書類 <input type="checkbox"/> 退院(一時退院も含む)の有・無 (年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード【A-0】 <input type="checkbox"/> 通知カード【A-1】 <input type="checkbox"/> 申立書・その他【A-5】 <input type="checkbox"/> 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】	