

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	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		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 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>								
医療保険各法	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							
			保険者等の名称							
こども医療・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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
		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。 保健福祉センター記載欄 《申請書の個人番号確認書類》	保健福祉センター確認欄		受付印		
	<input type="checkbox"/> 意見書				
	<input type="checkbox"/> 同意書兼世帯調書				
	<input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報を確認できるもの	<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)					
□個人番号カード【A-0】		<input type="checkbox"/> 通知カード【A-1】			
□申立書・その他【A-5】					
□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】					