

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	〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> — <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
		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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																
住 所	本人の住所と異なる場合のみ記載してください																																							
		〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> — <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																						
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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																		
				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		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																		
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 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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"/> 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 )																																			
<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】																																								