

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	個人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			保険者氏名	

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	------------	---

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 ○
(自署もしくは記名押印)

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》 <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】	保健福祉センター確認欄	受付印
	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> 委任状兼同意書 <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"/> 所得状況等確認書類	