

第1号様式（第3条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書

令和 年 月 日

大 府 市 長 殿

申請者住所〒

電話番号

フリガナ

氏 名

(本人との続柄)

個人番号

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

本人	フリガナ 氏 名				
	住所地 (住民票所在地)	〒			
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			
	生年月日	令和 年 月 日	性別	男 ・ 女	
	個人番号				
医療保険の記号及び番号					
保険者等の名称					
指定医療機関	所在地 (受療者現在地と同じ場合は省略可能)				
	名称				
診療予定年月日		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
(添付書類)		1 医療意見書 2 所得階層区分を証明する関係書類			

(備考)

- 1 世帯調書も記入してください。
- 2 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 3 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- 4 申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等も併せて記入してください。