

養育医療給付申請書

本人 （受診者）	フリガナ							性別	生年月日	
	氏名							男・女	年 月 日	
	住所	〒						個人 番号		
扶養義務者 （申請者）	フリガナ							性別	生年月日	
	氏名							男・女	年 月 日	
	住所	〒						個人番号		
								TEL		
医療保険各法	記号				番号					
	保険者名称									
	保険者番号									
医療機関	名称									
	所在地								TEL	
生活保護の受給		受給している 受給していない								
備考										
別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療給付を申請します。 自己負担額の決定及び資格認定に必要な公簿等を閲覧されることに同意します。 母子保健法第19条に規定する未熟児訪問指導等を実施することを目的とし、申請書類を未熟児訪問指導の担当課に情報提供されることに同意します。 福祉医療（こども医療・ひとり親家庭医療・障がい者医療）対象者である場合、養育医療自己負担金から福祉医療助成の助成額を控除するために係る手続きについての申請権限を門真市長に委任します。 年 月 日 申請者住所 〒 申請者氏名 本人との続柄 門真市長 宮本 一孝 様										
受付日					処理日				担当者	