

負担者番号	2	3	2	7	6	3	0	6
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 style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			個人番号	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
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					個人番号	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	電話				本人の住所と異なる場合のみ記載してください				
	住所	〒 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" 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 style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				被保険者氏名					
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 style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	名称  所在地								
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。また、泉南市子ども医療費助成制度等、泉南市福祉医療制度の対象である場合、養育医療の自己負担金について、当該福祉医療制度の助成を受けるため、助成に係る所定の申請及び助成金の受領に関する権限を泉南市長に委任します。									
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									
(提出先) 泉南市長									
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。					市職員確認欄			受付印	
市職員記載欄《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"/> 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"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 所得状況等確認書類				
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 <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									