

年 月 日

養育医療給付申請書

三田市長 あて

申請者 住 所 〒

氏 名 ㊟
電話番号

本 人	氏 名		男・女
			年 月 日生
	住 所 〒	個人番号 — —	
	現 在 地 〒	(住所と異なる場合のみ記入)	
扶 養 義 務 者	氏 名		本人との続柄
	住 所 〒	個人番号 — —	
被保険者証等の 記号及び番号		保険者等の名称	負担率 %
希望する指定養育医療機関 名称 所在地 〒 電話番号			
備 考			
<p>同意書欄</p> <p>国・県の養育医療給付事業とあわせての実施となるため、受療者の扶養義務者の課税及び世帯状況に関する調査に同意いたします。</p> <p>また、提出した養育医療意見書等に不備があった場合に、三田市健康増進課より医療機関に確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">扶養義務者氏名 印</p>			

注 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 養育医療意見書
- (2) 世帯調書

確認欄	番号確認	通知カード	番号 カード
	本人(身元) 確認	運転免許証・写真付社員証・被保険者証・診察券 銀行等のキャッシュカード・クレジットカード・その他()	