

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、各個人番号、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、三田市子ども政策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 _____</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()	