

養育医療給付申請書

本人	ふりがな	さかいし はなこ						男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	〇〇年〇月 〇日			
	氏名	堺市 花子											
	居住地	堺市堺区南瓦町3-1 瓦町マンション803											
	現住地	〇〇市〇区〇〇町1丁1番1号 (入院している医療機関の所在地)											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
扶養義務者	ふりがな	さかいし いちろう						本人との続柄	父				
	氏名	堺市 一郎											
	居住地	堺市堺区南瓦町3-1 瓦町マンション803											
	電話番号	072-〇〇〇-〇〇〇〇											
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	1	2
医療保険各法の記号及び番号	記号〇〇〇番号〇〇〇						保険者等の名称	〇〇〇健康保険組合					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	〇〇市〇区〇〇町1丁1番1号						〇 〇 病院						
備考													
<p>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。                  堺市において必要があると認めるときは、税務担当課又は福祉担当課に、私及び別紙世帯調書(様式第6号)に記載の私の世帯員の課税状況等について確認されることに同意します。                  このことは、私の世帯員の同意を得ています。                  また、本申請に関する情報(個人番号を除く。)を、上記医療機関に提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">(〒 590-0078 )</p> 申請者住所    堺市堺区南瓦町3-1 瓦町マンション803 ふりがな      さかいし いちろう 申請者氏名    堺市 一郎 申請者生年月日    〇〇年 〇月 〇日 本人との続柄      父 <p style="text-align: center;">〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">堺市長 殿</p>													