

養育医療給付申請書

受療者	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号	個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号		
扶養義務者	ふりがな氏名		受療者との続柄	
	居住地	郵便番号		
	電話番号		個人番号	
被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地は受療者現在地と同じ場合は省略可能)</small>				
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。</p> <p>申請者住所</p> <p>申請者氏名 受療者との続柄 ()</p> <p>連絡先 (電話番号) (父) (母)</p> <p>年 月 日</p> <p>宇治市長 宛</p>				
申請受付年月日		決定年月日		

記載上の注意

- ・「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときはその住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在所在している住所を記入してください。帰省等をしている場合は帰省先等を記入してください。
- ・同意欄は、同意者の代理人が署名の場合、本人からの委任状が必要です。

【同意欄】

養育医療の受給決定・階層認定を行うに際して、課税状況及び、世帯情報の閲覧について同意します。

(申請者氏名)

印

(世帯員氏名)

(世帯員住所) 申請者と異なる場合は記入

ふりがな

続柄 () 生年月日 ()

申請者と同じ・

ふりがな

続柄 () 生年月日 ()

申請者と同じ・

ふりがな

続柄 () 生年月日 ()

申請者と同じ・