

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名	たいとう いちろう 台東 一郎	男・女	生年月日	令和〇年〇月〇日
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号 110-0015 台東区〇〇			
	現住地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養 義務 者	ふりがな 氏名	たいとう たろう 台東 太郎 (子ども医療費助成の申請者)	本人との続柄	父	
	居住地	郵便番号			
	電話番号	090-1234-5678			
被保険者等の記号及び番号		記号: 1234 番号: 567			
保険者等の名称		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 <small>(所在地は本人所在地と同じ場合は省略可能)</small>		〇〇病院 東京都〇〇区〇〇			
備考					
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。					
申請者住所 郵便番号 110-0015 台東区〇〇					
本人との続柄 父 申請者氏名 台東 太郎					
電話番号 090-1234-5678					
令和〇年〇月〇日					
台東区長 殿					
申請受付年月日		決定年月日			