

※ 受給者番号									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

養育医療給付申請書

(宛 先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名 フリガナ 電話 — —

母子保健法施行規則第9条第1項の規定により養育医療の給付を申請します。 なお、この申請で必要な場合は、世帯の住民登録状況、市民税の課税状況、子ども医療費受給状況等について、京都市が調査・閲覧することに同意します。これらを調査・閲覧されることについては、世帯員の承諾を得ています。					
受療者	フリガナ		性 別	☐ 男 ☐ 女	
	氏 名		個 人 番 号		
			生 年 月 日	年 月 日	
	住 所 地	☐ 申請者に同じ			
	現 在 地	☐ 申請者に同じ			
扶養義務者	フリガナ		受療者との続 柄		
	氏 名	☐ 申請者に同じ	個 人 番 号		
	居 住 地	☐ 申請者に同じ			
生活保護の受給状況	☐ 有 ☐ 無	保 険 種 別	健保・共済・国保・その他 ()		
被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名 称			
☐ 加入医療保険の詳細は別紙のとおり					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (受療者の現在地と同じ場合は、記入する必要はありません。)					

- 注 1 該当する□には、レ印を記入してください。
- 2 住所地の欄には、住民票に記載されている住所を記入してください。
- 3 現在地の欄には、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場合は、その場所を記入してください。
- 4 居住地の欄には、現在居住している場所を記入してください。帰省等をしている場合は、その場所を記入してください。

※ 申請受付 年 月 日	年 月 日	※ 進 達 年 月 日	年 月 日	※ 決 定 年 月 日	年 月 日
-----------------	-------	----------------	-------	----------------	-------

注 ※印の欄には、記入しないでください。