

※ 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		個 人 番 号	
			生 年 月 日	年 月 日
	住 所 地	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
扶 養 義 務 者	フリガナ		受療者との 続 柄	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	個 人 番 号	
	居 住 地	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
生 活 保 護 の 受 給 の 状 況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		保 険 種 別	健保・共済・国保・その他 ()
医 療 保 険 各 法 の 記 号 及 び 番 号			保 険 者 等 の 名 称	
<input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり <input type="checkbox"/> 子ども医療費支給制度の情報を使用する				
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。