

養育医療給付申請書

受給者	フリガナ					1	男		
	氏名	(姓)	(名)				2	女	
	生年月日	年 月 日 *満1歳未満の方が対象です。							
	住所 (住民票所在地)	郵便番号							
申請者	フリガナ								
	氏名	(姓)	(名)						
	生年月日	年 月 日	電話番号	()					
	本人との続柄	1 父 2 母 3 その他()							
	住所	郵便番号							
被保険者	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保／生保(該当するものに○を付けてください。)							
	記号		保険者番号						
	番号		保険者名						
希望する指定養育医療機関の名称および所在地		郵便番号							
		(名称)							
「養育医療の給付を申請される方へ」に記載された内容を理解しましたので、 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。 年 月 日 青梅市長 殿 <table><tr><td>申請者氏名</td><td>(署名または記名押印)</td></tr></table>								申請者氏名	(署名または記名押印)
申請者氏名	(署名または記名押印)								

(注) 1 太枠内のみ記入してください。
2 被保険者の記号、番号、保険者番号等については、必ず資格確認書等を見て正確に記入してください。
3 養育医療意見書、世帯調書、市町村民税額等証明書および委任状を添付してください。

収 受 印	認 定
	非認定

養育医療給付申請書

本人	フリガナ 氏 名	おうめ (姓) 青 梅		たろう (名) 太 郎		① 2	男 女				
	生 年 月 日	令和6 年 4 月 1 日 *満1歳未満の方が対象です。									
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号 198-8701 青梅市東青梅1-11-1									
申請者	フリガナ 氏 名	おうめ (姓) 青 梅		一郎							
	生 年 月 日	平成2 年 4 月 1 日		電話番号	0428(22)1111						
	本人との続柄	① 父 2 母 3 その他()									
	住 所	郵便番号 198-8701 青梅市東青梅1-11-1									
被保険者	種 類	協会・船員・日雇組合・共済・国保／生保(該当するものに○を付けてください。)									
	記 号	番 号	保 険 者 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8
	1234	12345	保 険 者 名	○×保険組合							
希望する養育医療機関	郵便番号 198-0042 青梅市東青梅4-16-5 市立青梅総合医療センター										
成された内容を理解しましたので、 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。											
令和6 年 5 月 1 日 青梅市長 殿											
申請者氏名			(署名または記名押印) 青梅 一郎								

- (注) 1 太枠内のみ記入してください。
2 被保険者の記号、番号、保険者番号等については、必ず資格確認証等を見て正確に記入してください。
3 養育医療意見書、世帯調書、市町村民税額等証明書、委任状を添付してください。

収 受 印	認 定
	非認定