

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者 住 所 岡崎市十王町1丁目
五右衛門アパートA

保護者が申請してください。

氏 名 岡崎 太郎

(受療者との続柄 父)

個人番号 1234 5678 9000

電 話 (0564) 23-6000

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

申 請 の 種 類	新規 ・ 継続 ・ 転院 (医療機関変更)	
受 療 者	ふりがな	おかざき いちろう
	氏 名	岡崎 一朗
	住 所	〒444-8601 岡崎市 岡崎市十王町1丁目 五右衛門アパートA
	生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日生
医療保険各法の 記号及び番号	記号123 番号4567	
保 険 者 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 協会・組合・日雇・船員・共済・ 国保・生保・その他 ()	
指定医療機関	所 在 地	〇〇市〇〇町字〇〇1番地1
	名 称	〇〇総合病院
診 療 予 定 年 月 日	令和〇年〇月〇日 から 令和●年●月●日 まで	
添付書類	医療意見書	

- 備考 1 養育医療意見書は、主治医に提出してください。
2 新規・継続申請の場合は、裏面の世帯員を記入してください。

意見書と同じ期間を
記入してください。

担当処理欄

交付番号		受給者番号	
番号確認			
確認 未確認	個人番号カード 通知カード 住民票 公簿		
本人確認			
確認 未確認	1点	運免 在留 パスポート 他 ()	
	2点	保険証 年手 他 ()	
		診察券 預金通帳 他 ()	

世 帯 調 書

※欄は記入不要です。

児 童 の 属 す る 世 帯 構 成	世帯構成員氏名		児から みた続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	R7.1.1 時点の所在地	※備考
	岡崎 太郎		父	男	□.□.□	会社員 (■■社)	岡崎市・ 市	
	個人番号 1234 5678 9000							
	岡崎 花子		母	女	▽.▽.▽	会社員 (◆◆社)	岡崎市・ アメリカ 市	
	個人番号 1111 2222 3333							
	岡崎 市朗		兄	男	△.△.△	なし	岡崎市・ 市	
	個人番号 4444 5555 6666							
	岡崎 一郎		本人	男	○.○.○	なし	岡崎市・ 市	
	個人番号 9876 5432 1000							
世 帯 外 扶 養 義 務 者	個人番号							
							岡崎市・ 市	
	個人番号							
							岡崎市・ 市	
	個人番号							
上記内容に相違ありません。 令和 年 月 日 氏名 岡崎 太郎 (宛先) 岡崎市長								

・住所が国内の方は市町村名を記入してください。
・住所が海外の方は国名を記入してください。

児を本人として、続柄を記入してください。

本人は記入不要です。