

医療を受ける
お子様本人

養育医療給付申請書

本人	氏名	すみだ じろう 墨田 次郎	男	女	生年月日	住民票上の住所	
	住所地 (住民票所在地)	〒130-0001 墨田区吾妻橋 - -					入院先
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒130-XXXX 墨田区 - - ××病院					
	扶養義務者	ふりがな	すみだ たろう	本人との続柄		父	
	氏名	墨田 太郎					
	居住地 (住民票所在地)	〒130-0001 墨田区吾妻橋 - -					お子さんの保険証に記載のある扶養義務者
	電話番号	090-XXXX-XXXX					
被保険者証等の記号及び番号		記号	12345	番号	6789	お子さんの保険証の記号番号等	
保険者等の名称		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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)		××病院					
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		墨田区吾妻橋 - -					
本人との続柄		父					
申請者氏名(自署又は記名押印)		墨田 太郎					
電話番号		090-XXXX-XXXX					
年 月 日							
墨田区長 様							
申請受付年月日				決定年月日			

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、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ときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

保護者(父・母・未成年後見人等お子さんを
監護している方)になります