

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所 地	郵便番号			個人番号
	現 住 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな氏名				本人との続柄
	居 住 地	郵便番号			
	電 話 番 号			個人番号	
医療保険被保険者記号番号					
医療保険者名					
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)					
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 郵便番号 本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名 電 話 番 号 年 月 日 (宛先) 港区長					
申請受付年月日				決 定 年 月 日	
区 使 用 欄	申 請 者 本 人 確 認	1 点	個人番号カード・免許証・パスポート・在留カード・他 ()		
		2 点	資格確認書・社員証・学生証・カード・他 ()		
	申 請 者 個 人 番 号 確 認	個人番号カード・通知カード・住民票・住基台帳・他 ()			

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。

「現住地」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」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を記入してください。

「医療保険被保険者記号番号」の欄は、医療保険者から交付されている「資格情報のお知らせ」、マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」又は資格確認書に記載されている記号及び番号を記入してください。