

記入例

受療者（お子様）
についてご記入く
ださい。

本人	氏 名	大津 太郎		
	個人番号	1234 5678 9012		
	住 所	郵便番号 520-0047 大津市浜大津四丁目1番1号 明日都浜大津2階		
	居 所 （住所と異なる場合）	郵便番号 520-0000 大津市××・・・ △△病院		

扶養義務者（保護
者）についてご記
入ください。

扶養義務者	氏 名	大津 一郎	本人との 続柄	父
	個人番号	5678 9012 3456		
	居住地	郵便番号 520-0047 大津市浜大津四丁目1番1号 明日都浜大津2階		
	電話番号	090-XXXX-XXXX		

お子様の保険証に
ついてご記入くだ
さい。

医療保険各法の 記号及び番号	滋大 12345
保険者等の名称	大津市

受療される指定養
育医療機関を1か
所ご記入くださ
い。

希望する指定養育医療 機関の名称及び住所地 （所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能）	△△病院 大津市××・・・
備 考	

申請者（保護者）
についてご記入く
ださい。

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 520-0047 大津市浜大津四丁目1番1号 明日都浜大津2階
電 話 番 号	090-XXXX-XXXX
氏 名	大津 一郎
本人との続柄	父
令和■ 年●月×日 (宛先) 大津市長	

申請受付年月日	年 月	記入不要	年月日	年 月 日
---------	-----	------	-----	-------

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。

注2 「住所」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注3 「居所」の欄は、住所地と異なる場所を居所としている場合に記入してください。
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。