様式第１号（第３条関係）

療　育　給　付　申　請　書

本人	ふりがな		性別	男　・　女
	氏名		生年月日	年　　月　　日
	住所		個人番号	
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄	
	住所	TEL　（　）－（　）－	個人番号	

被保険者証等の記号及び番号	記号		番号		社保 国保	保険者の番号								
希望する指定療育機関の名称及び所在地														
備考														

別紙関係書類を添えて、上記のとおり療育の給付を申請します。

申請者住所（〒　　－　　）

本人との続柄（　　）

ふ り が な

申請者氏名（自署または記名押印）

申請者生年月日　　年　　月　　日生

年　　月　　日

大阪府知事　　様

申請受付年月日		受付保健所		保健所コード			

（注）被保険者証等の記号及び番号は、必ず被保険者証を参照の上記載してください。