

養育医療給付申請書

年 月 日

あま市長様

申請者 住所 〒
電話番号
ふりがな
氏名
(受療者との続柄)
個人番号

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

| | | | | |
|--|---------------------------|-----------------|----|-----|
| 受療者 | ふりがな 氏名 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 住所地 (住民票所在地) | 〒 | | |
| | 現在地 (住所地と異なる場合) | 〒 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | 性別 | 男・女 |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | | | |
| 保険者等の名称 | | | | |
| 指定医療機関 | 所在地 (受療者現在地と同じ場合は省略可能) | | | |
| | 名称 | | | |
| 診療予定年月日 | | 年 月 日から 年 月 日まで | | |
| (添付書類) 1 養育医療意見書 2 所得階層区分を証明する関係書類 3 委任状兼同意書 | | | | |

注)被保険者証を持参してください。

注)裏面の世帯調書も記入してください。

注)申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては、省略することができます。

注)「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注)「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下さい。

注)申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等も併せて記入してください。

世 帯 調 書

| | 世帯構成員名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 個人番号 | 職業(勤務先) | 階層区分 | 年間所得税額 | 備 考 |
|---|--------|----|----|------|------|---------|------|--------|-----|
| 未 熟 児 の 属 す る 世 帯 構 成 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 世 帯 外 扶 養 義 務 者 | 氏名 | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| <p>上記内容に相違ありません。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">申請者氏名</p> <p style="margin-left: 100px;">あま市長様</p> | | | | | | | | | |

記載上の注意

- 1 世帯構成員とは、未熟児本人と生計を一にしている者をいい、この調書には本人を含めて、全構成員を記入してください。
- 2 世帯外扶養義務者の欄には、世帯構成員以外で現に未熟児本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。