

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 一宮市保健所長

申請者 〒
(保護者) 住所

TEL () —

ふりがな

氏名

受療者との続柄 [父・母・その他()]

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

なお、この申請の審査に必要な市民税等に関する資料(必要に応じ世帯分を含む。)及び生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。

申請の種類		新規 ・ 継続 ・ 転院(医療機関変更)			
受療者 (給付を受ける子ども)	ふりがな 氏名			個人 番号	
	住所	申請者と同じ ・ その他()			
	生年月日	令和 年 月 日生	性別	男 ・ 女	
加入 医療保険	被保険者証の 記号・番号				
	保険者の名称				
指定 医療機関	名称				
	所在地				
診療予定期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			

注)裏面の世帯調書も記入してください。

注)養育医療意見書は、主治医に提出し、記入をお願いしてください。

注)申請書を提出するときには、養育医療意見書及び健康保険証を持参してください。

(市事務処理欄)

個人番号確認資料	個人番号通知カード、個人番号カード、住民票の写し、その他()
申請者の本人確認資料	個人番号カード、運転免許証、旅券、その他()
受付番号	

世 帯 調 書

	世帯構成員名	続柄	生年月日	職業(勤務先)	個人番号	※ 階層 区分	※ 市 民 税 所 得 割 額
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
			昭和・平成・令和 年 月 日				
世帯 外 扶 養 義 務 者	氏 名		昭和・平成・令和 年 月 日				
	住 所						
	氏 名		昭和・平成・令和 年 月 日				
	住 所						

「※」の欄は記入の必要はありません。