

養育医療給付申請書

日付は空欄でお願いします。

令和 年 月 日

(あて先) 一宮市保健所長

申請者 氏名 491 - 0076
(保護者) 住所 一宮市貴船町3丁目2番地

TEL (0586) 72 - 1121

父親または母親のどちらかで、
窓口申請に来られる方を申請者と
してください。

ふりがな いちのみや たろう

氏名 一宮 太郎

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
及び生活保護受給状況を確認されることにつ

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

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	いちのみや じろう 一宮 次郎	個人 番号 1234 5678 9012
	住所	(申請者と同じ) ・ その他()	
	生年月日	令和 3 年 5 月 1 日生	性別 (男) ・ 女
加入 医療保険	被保険者証の 記号・番号	記号 123 番号 456	「被保険者証」に記載されて いる「記号・番号」と「保険者 名称」を転記してください。
	保険者の名称	全国健康保険協会 愛知支部	
指定 医療機関	名称	一宮市立市民病院	
	所在地	一宮市文京2丁目2番22号	
診療予定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		

お子さんのものがお手元がない
場合は、お子さんを扶養する方
の「被保険者証」から転記して
ください。

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、記入をお願いします。

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

この欄は記入しないでください。

健康保険 被保険者証	記号 123 番号 456
氏名	一宮 次郎
生年月日	令和3年5月1日
認定年月日	令和3年5月1日
保険者番号	012300110
保険者名称	全国健康保険協会 愛知支部

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	一宮 太郎	父	昭和・平成・令和 60年 9月 5日	会社員	5678 9012 3456		
	一宮 花子	母	昭和・平成・令和 62年 5月 5日	なし	9012 3456 7890		
	一宮 一郎	兄	昭和・平成・令和 23年 6月 5日	なし			
	一宮 次郎	本人	昭和・平成・令和 3年 5月 1日	なし			
			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	一宮 本男	祖父	昭和・平成・令和 35年 3月 5日				
	一宮市本町2丁目5番6号						
			昭和・平成・令和 年 月 日				

お子さんの扶養義務者の方のみ個人番号(マイナンバー)を記入してください。

養育医療を受けるお子さんからみた続柄を記入してください。

未就業の場合は「なし」と記入してください。

「児童の属する世帯構成」欄には、お子さんと申請者を含め、生計を一にしている方すべてについて記入してください。
「※」の欄は記入の必要はありません。

「※」の欄は記入の必要はありません。

「世帯外扶養義務者」欄には、「児童の属する世帯構成」欄に記載した方以外で現に養育医療を受けるお子さんに対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合に記載してください。なお、「扶養義務者」とは、次の方をいいます。

- ・直系血族(父母、祖父母、養父母等)及び兄弟姉妹(民法第877条第1項)
- ・叔父や叔母等、家庭裁判所が扶養義務を負わせた三親等内の親族(同条第2項)