

養育医療給付申請書

令和		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

宇部市長 様

申請者	住所	(〒 -)						
	氏名				未熟児との続柄			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		月		日
	電話番号		-		-			

下記のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。
 なお、申請(変更申請を含む)にあたり、貴課職員が扶養義務者の世帯(世帯外扶養義務者を含む)の住民基本台帳及び課税台帳を閲覧すること(マイナンバーによる情報連携を含む)を承認します。
 また、宇部市未熟児養育医療給付事業実施要綱第12条第3項の規定による自己負担金と福祉医療費との充当にかかる一切の手続きを宇部市長に委任します。

記

未熟児	フリガナ							性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	令和	年	月	日
	氏名								<input type="checkbox"/> 女					
	住所	□申請者と同じ												
扶養義務者	□申請者と同じ													
	氏名			未熟児との続柄		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		月		日	
	住所													
健康保険	□健康保険証情報の記入に代えて、健康保険情報が確認できるものを添付します。													
	記号				番号				保険者名称					
希望する指定養育医療機関	名称													

添付書類

- 1 養育医療意見書
- 2 世帯調書
- 3 未熟児の扶養義務者の当該年度分の市町村民税額を証する書類

職員チェック欄

添付書類	養育医療給付申請書	本書	受付	福祉医療案内	<input type="checkbox"/> 済(<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> ひ <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 未					
	養育医療給付意見書	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		所得確認(父)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 情報連携					
	世帯調書	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		所得確認(母)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 情報連携					
	保険情報の写し(扶養義務者)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		申請後案内	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未					
			受付日		年		月		日	受付者