

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を承認します。

記

未熟児	フリガナ								
	氏名	性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	令和	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
扶養義務者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 健康保険証情報の記入に代えて、健康保険証の写しを添付します。								
	記号	番号		保険者名称					
希望する指定 養育医療機関	名称				所在地				

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			
	委任状	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		申請後案内	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
	同意書(情報連携の場合)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不要	受付日	年	月	日	受付者	
	保険証写し(扶養義務者)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未						