

福祉医療	案内済・未
乳幼児・ひとり親・重度	
情報連携	有・無

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

宇部市長 様

申請者 郵便番号 ー
住 所
氏 名
未熟児との続柄
電話番号

印

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	ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日	
	住 所				個人番号		
扶 養 義務者	氏 名				未熟児との 続 柄		
	住 所				個人番号		
被保険者証の 記号及び番号				保険者名称 (発行機関)			
希望する指定養 育医療機関の名 称及び所在地							

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

注 申請者の氏名を自署したときは、押印することを要しない