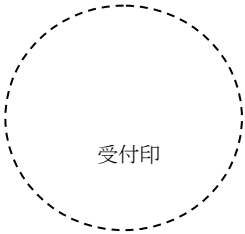


養育医療給付申請書



明石市長様

乳児(受療者)	フリガナ	アカシ イチロウ						生年月日	R 7 年 12 月 2 日		
	氏 名	明石 一郎									
	居 住 地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別住所 ( ※申請者と別住所の場合は、乳児の住所地を記入してください									
	現 在 地	病院内・その他 (									
扶養義務者	フリガナ	アカシ タロウ						乳児(受療者)との続柄	父		
	氏 名	明石 太郎									
	居 住 地	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と別住所 ( ※申請者と別住所の場合は、扶養義務者の住所地を記入してください									
被保険者証等の記号・番号		記号 1						番号 10000			
保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	保険者名	〇〇〇〇 健保・共済組合 国保 全国健康保険協会 支部
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地		〇〇〇〇 病院 〒〇〇〇-〇〇〇〇 病院の住所地									
医療券送付先		申請者(保護者)住所 その他 〒 ※申請者と別住所の場合は、送付先の住所地を記入してください。									
上記のとおり未熟児養育医療の給付を申請します。 R 7 年 12 月 10 日  申請者(保護者)氏名 明石 太郎  住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇  (申請者の住所地) 乳児(受療者)との続柄 ( 父 ) 電話番号 自宅( 078 ) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 携帯 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇											

世帯調書兼同意書

下記の者は、支給認定にかかる、住民基本台帳情報、市県民税の課税状況、健康保険の加入状況等について明石市が保有する情報を利用することについて同意します。また、明石市の児童福祉課が母子保健法第21条の4に基づく事務手続を処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。

乳児(受療者)本人の属する世帯構成	氏 名 ( 自 署 )	続柄	生年月日	個人番号	勤務先または 職業・学校等	備考
	明 石 一 郎	本人	R7 .12.2	111111111111		
	明 石 太 郎	父	H8. 1. 30	222222222222	〇〇〇(株)	
	明 石 花 子	母	H9 . 10.15	333333333333	(株)△△△△	
	明 石 時 造	祖父	S39. 7.1	444444444444		
	明 石 時 恵	祖母	S40. 8.10	555555555555		
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
世帯外の 扶養義務者			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			
			・ ・			

1. 世帯構成欄には、乳児(受療者)本人と生計を同じくしている者全員が自署で記入してください。
2. 乳児(受療者)本人以外が養育医療の給付中または、申請中のときは備考欄に記入してください。
3. 世帯外の扶養義務者欄は世帯以外で、現に乳児(受療者)本人を扶養している人がいる場合に記入し、備考欄に住所を記入してください。
4. 扶養義務者とは、父、母、祖父母、養父母、兄弟姉妹のほか、家庭裁判所で扶養義務を負わされたおじ、おば等です。
5. 申請後に住所の変更、扶養義務者の変動などがありましたら児童福祉課に届出してください。

事務処理欄:1.顔写真付きの身分証明書 2.その他( )